Lane Medical Library

Über einige Fälle von chronischem Alkohol-Delirium.

(Aus der kgl. psychiatrischen Klinik zu Breslau.)

Inaugural-Dissertation,

welche

nebst den beigefügten Thesen

mit Genehmigung der

medizinischen Fakultät der königlichen Universität Breslau

zur Erlangung der Doktorwürde

in der Medizin und Chirurgie

Mittwoch den 21. Mai, mittags 12 Uhr

in der Aula Leopoldina

öffentlich verteidigen wird

Ernst Kiefer

aus Breslau

Assistenzarzt an der Dr. Kahlbaumschen Heil- und Pflegeanstalt für Nerven-, Gemüts- und Geisteskranke,
vormals Assistenzarzt an der kgl. psychiatr. Klinik zu Breslau.

Opponenten:

Dr. med. **Ludwig Mann**,
Assistenzarzt an der kgl. Poliklinik für Nervenkranke zu Breslau,
Dr. med. **Paul Berliner**.

Görlitz 1890.

Der Druck genehmigt auf Antrag des Referenten
Herrn Geheimen Medizinal-Rat Professor Dr. Fritsch

Seinem hochverehrten Lehrer und früheren
Chef, Herrn Medizinal-Rat

Professor Dr. Wernicke

Direktor der königl. psychiatrischen Klinik
und der königlichen Poliklinik für Nervenkranke zu Breslau

in Hochachtung und Dankbarkeit

sowie

Seinen teuren Eltern

in Liebe und Verehrung

gewidmet

vom Verfasser.

Die chronische Alkoholintoxikation[1]) (auch Alkoholkachexie oder nach Magnus Huss der chronische Alkoholismus genannt) wird ausser durch eine Anzahl somatischer Erscheinungen, wie Magenkatarrh der Säufer, Fettdegeneration des Herzens, der Gefässe, der Leber und der Nieren und vielfache motorische und sensorielle Störungen durch eine Reihe psychischer Symptome charakterisiert. Letztere pflegen dahin zusammengefasst zu werden, dass sich 1. auf intellektuellem Gebiete eine langsame Abnahme des Gedächtnisses, Schwäche des Urteils, Dürftigkeit der Phantasie ausbildet, 2. affektiv eine allgemeine Abstumpfung des Gemüts und Schwächung der Willensenergie hervortritt. Auf solchem dyscrasischen Boden pflegen sich dann meist eigentliche Psychosen auszubilden und zwar 1. als akute Psychose das bekannte *Delirium tremens potatorum,* von dem Magnan[2]) noch das *Delirium tremens febrile* als besondere Krankheit abtrennt, 2. als chronische Formen die alkoholische Manie, die Melancholie, die Alkoholparalyse, der sogenannte Verfolgungswahnsinn der geistesgestörten Trinker[3]) und ein primärer progressiver Schwachsinn. Diese alkoholischen Psychosen zeigen im allgemeinen, natürlich ausser den dem chronischen Alkoholismus eigenen Symptomen, keine sehr wesentlichen Unterschiede gegenüber den entsprechenden, auf nicht alkoholischer Basis entstandenen Geisteskrankheiten; doch werden gewisse differential-diagnostische Zeichen wenigstens

---

[1]) Boehm: Intoxikationen. v. Ziemssens Handbuch, Bd. XV.

[2]) Magnan: *de l'alcoolisme.* Paris 1874. — Vergl. auch Fürstner Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie, Bd. XXXIV.

[3]) Nasse: Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie, Bd. XXXIV.

von einem Teil der Autoren beschrieben; dies gilt besonders für den Verfolgungswahnsinn und die Paralyse[1]).

Im Nachstehenden habe ich nun einige Fälle von Geistesstörung zusammengestellt, welche zweifelsohne nach der Aetiologie und gewissen Symptomen dem chronischen Alkoholismus zugerechnet werden müssen, die sich aber in keine der genannten Formen rubrizieren lassen und bei denen sich besonders ein Symptom aus dem ganzen Krankheitsbilde heraushebt, nämlich eine lange Zeit dauernde Desorientiertheit der Patienten.

Dieses letztere Symptom stellt sich bei diesen (chronischen) Fällen wesentlich ebenso dar wie die falsche Orientierung beim *Delirium tremens*, wobei ich aber besonders betonen muss, dass ich nicht jene Desorientiertheit des Alkohol-Deliranten meine, welche auf massenhaft und stürmisch auftretenden halluzinatorischen und illusionären Vorgängen beruht, wenn der Patient z. B. glaubt, von Kröten und Spinnen umgeben oder im Schlachtgetümmel zu sein u. dergl., und auch nicht jene mangelnde Orientierung, welche daraus resultiert, dass der Kranke mit seinen eigenen Vorstellungen beschäftigt, sich nicht um die Aussenwelt kümmert, sondern jene falsche Orientierung, welche zu Tage tritt, wenn man die Aufmerksamkeit des Deliranten fixiert. Es ist ja bekannt, dass man, wenn es gelingt, einen solchen Kranken für eine Zeit lang von seinen Phantasmen abzulenken, zwar auf viele einfache Fragen zutreffende Antworten erhält: der Patient giebt sein Alter, seine Beschäftigung, Höhe seines Verdienstes, seine Charge beim Militär u. s. w. richtig an; dass aber im krassen Gegensatz dazu bei Fragen in bezug auf die Orientierung über Ort, Zeit und Umgebung falsche, manchmal geradezu frappierende Angaben gemacht werden, wie z. B. er sei gegenwärtig im Stalle und werde die Pferde waschen, oder er müsse hier den Wagen abladen und das

---

[1]) Vergl. Schüle: v. Ziemssens Handbuch, Bd. XVI — und Krafft-Ebing: Lehrbuch der Psychiatrie.

Stroh zusammenräumen, oder er wolle jetzt das Gewehr putzen, denn er sei beim Militär eingezogen, der Arzt sei sein Offizier oder sein Meister oder dergl., er werde sich beeilen, es sei bald Vesperzeit (bei der Morgenvisite) und ähnliches mehr.

Diese Desorientiertheit ist nicht immer so ausgesprochen, dass sie sich von selbst präsentiert, aber in jedem Falle, den wir als *Delirium tremens* ansprechen müssen, werden wir sie bei diesbezüglichen Fragen ohne weiteres konstatieren können, und es will mir scheinen, als ob dieses wesentliche und auffallende Symptom in vielen Abhandlungen über diesen Gegenstand als etwas allbekanntes nicht genügend in den Vordergrund gekehrt worden sei. Ich glaube aber, dass es um dessentwillen besonders hervorgehoben zu werden verdient, weil diese Form der Desorientiertheit als etwas Primäres und Selbstständiges ganz wesentlich verschieden ist von den anderen beim *Delirium tremens* vorkommenden Formen der Desorientiertheit, und zweitens weil sie von einer besonderen Bedeutung sowohl für die allgemein pathologische als für die klinische Auffassung des Deliriums überhaupt sein dürfte.

Da nun die hier vorliegenden Fälle durch eben dieses Symptom charakterisiert werden, so glaube ich den betreffenden Krankengeschichten einen längeren Exkurs über die Desorientiertheit voranschicken zu müssen.

Es dürften dabei zunächst folgende Vorfragen in Betracht kommen: 1. Was versteht man unter Desorientiertheit und welche Formen derselben kann man überhaupt unterscheiden? 2. Welchen Formen derselben begegnen wir beim *Delirium tremens* bezw. bei den später zu behandelnden Fällen?

Was die erste Frage anbetrifft, so möchte ich die Desorientiertheit als eine auf pathologischen Vorgängen beruhende, mangelhafte oder falsche Vorstellung der Aussenwelt bezeichnen und dementsprechend zwei Gruppen unterscheiden, die mangelnde und die falsche Orientierung.

I. **Die Orientierung** ist **mangelhaft,** weil die Apperzeption der Aussenwelt eine mangelhafte ist, und dies kann nun basieren:

a) auf Inanspruchnahme der Aufmerksamkeit durch Halluzinationen, Sensationen, Vorstellungen (Zerstreutheit);

b) auf Bewusstseinsstörungen: psychischen Dämmer- und Traumzuständen, Stupor, Hypnotismus, Rauschzuständen, z. B. dem Opiumrausch, vielen Delirien, z. B. Hunger- und Erschöpfungsdelirien, Apathie, Sopor, Coma;

c) auf das Bewusstsein beherrschenden Affekten, z. B. Ekstase;

d) auf pathologischen Affektionen der peripheren Sinnesorgane, z. B. Schwachsichtigkeit und Schwerhörigkeit;

e) auf Störungen im Prozesse des Wiedererkennens; dahin gehört die Unorientiertheit bei Seelenblindheit, bei Asymbolie der Paralytiker, bei genereller Gedächtnisschwäche und Gedächtnisdefekten.

Eine solche mangelhafte Orientierung kann manchmal den Schein einer falschen Orientierung erwecken. Wenn z. B. ein Gehirntumorkranker in ein falsches Bett geht, so thut er dies nicht, weil er das Bett für das seinige verkennt, sondern weil er achtlos ist gegen Alles, was um ihn herum vorgeht; es ist ihm gleichgültig, ob er das rechte Bett gefunden hat oder nicht. Ferner kann eine mangelhafte Orientierung die Basis einer falschen Orientierung werden auf dem Wege der Urteilsdelirien, worauf ich gleich zu sprechen kommen werde. Und endlich wird sie stets die Korrektur einer falschen Orientierung erschweren.

II. **Die falsche Orientierung;** sie kann eine sekundäre und eine primäre sein. Ich möchte dabei etwa folgende verschiedene Vorgänge von einander trennen: 1. die Urteilsdelirien, 2. die eigentlichen Verkennungen, 3. die deliranten Vorstellungen.

1. Die Urteilsdelirien. Dieselben bestehen in einer falschen Deutung der äusseren Eindrücke (im Gegensatz zu den Sinnesdelirien, welche ja falsche, nicht wirkliche Wahrnehmungen sind). Der Fehler liegt im eigentlichen

Prozess des Denkens, in einer Verarbeitung der unverfalschten Wahrnehmung zu falschen Urteilen und Schlüssen. Er kommt zustande a) dadurch, dass der Erfahrungsschatz, welcher entweder noch garnicht erworben, wie bei Kindern und Idioten, oder mehr oder minder verloren gegangen ist, wie bei Paralytikern, gedächtnisschwachen Alkoholisten u. s. w. nicht ausreicht zu einer vollständigen und dadurch die richtige Beurteilung ermöglichenden Beobachtung, ferner b) dadurch, dass der zur richtigen Auffassung nötige Erfahrungsschatz verfälscht ist entweder durch Wahnvorstellungen oder Halluzinationen und Sensationen oder pathologische Affekte, c) unter der Form der Illusion, d) durch Kombination von a, b und c.

a) Eine mangelnde Erfahrung liegt z. B. zu grunde, wenn ein dementer Kranker das Irrenhaus, in welchem er sich befindet, für ein anderes Krankenhaus hält, in welchem er früher einmal war: er kennt eben kein anderes, ebenso, wie das Kind jeden Mann als seinen Papa bezeichnet.

b) Der Erfahrungsschatz ist verfälscht durch Wahnideen u. s. w. Der Kranke hat das natürliche Bestreben, die Eindrücke der Aussenwelt in Einklang zu bringen mit seinem durch die Wahnideen etc. gegen früher veränderten Bewusstseinsinhalt, wobei er allerdings, wie man zu supponieren genötigt ist, auf grund einer pathologischen, psychisch-intellektuellen Schwäche, anstatt die Wahnideen durch die richtigen Eindrücke der Aussenwelt zu korrigieren, eine durch die Wahnideen etc. verfälschte Auffassung von der Aussenwelt gewinnt (auch logische Delirien genannt). So sieht eine Kranke, die die Wahnvorstellung hat, dass man sie schädigen wolle, in ihren Mitkranken verkleidete Herren, welche darauf lauern, sie zu schänden, um sie dann in schlechten Ruf zu bringen, oder eine Maniaka hält den Arzt für ihren Bräutigam, ein grösseres Krankenzimmer für einen Tanzsalon, denn hier erscheine ihr alles so lustig, oder eine halluzinierende Kranke glaubt, sie sei in der Hölle, weil sie den Teufel leibhaftig gesehen und gehört habe.

c) Unter der Form der Illusion. Der Erfahrungsschatz kann dabei ausreichend und intakt sein, aber durch einen pathologischen Vorgang auf dem Gebiete der Urteilsbildung wird die Beobachtung nicht fortgesetzt, sondern mit einer oder einigen Eigenschaften des Objektes beendet und nun aus dem einen Charakter der Schluss auf das Wesen oder die übrigen Eigenschaften der Dinge gemacht, oder anders ausgedrückt: die Wahrnehmung eines Objektes *a* wird auf grund einiger einem zweiten Objekte *b* ähnlicher Züge infolge der vorhandenen Urteilsschwäche mit einer Reihe von Vorstellungen-Erinnerungsbildern assoziiert, welche dem anderen Objekte *b* zukommen, unter Ausserachtlassung gewisser differenter Punkte, welche im normalen Bewusstsein die Korrektur bewirken würden. Dieser Ausfall der Korrektur wird begünstigt durch eine Mangelhaftigkeit der Beobachtung, welche in den *sub I* genannten Momenten begründet sein kann, durch Unaufmerksamkeit und durch Affekte (Affektillusionen), Dinge, welche ja bekanntlich auch beim Gesunden Urteilsfälschungen hervorbringen können, z. B. dass ein Furchtsamer ein am Fenster hängendes Kleidungsstück für die Leiche eines Erhängten ansieht, oder dass man auf der Strasse einem Bekannten zu begegnen glaubt und bei genauerem und aufmerksameren Hinsehen merkt, dass es ein Fremder ist.

2. Der zweite Vorgang, der in Betracht kommt, sind die eigentlichen Verkennungen, welche in ihrer Summe eine falsche Orientierung ergeben können. Dieselben werden meist zu den Illusionen gerechnet. Kahlbaum[1]) unterscheidet drei Gruppen von Illusionen a) die Phenacismen, b) die Illusionen κατ' ἐξοχήν, c) die eigentlichen Verkennungen oder Pareidolien.

a) Die Phenacismen sind peripher oder durch physikalische Verhältnisse bedingte Sinnestäuschungen (Krafft-Ebings physikalische und physiologische Illusionen). Dahin

[1]) Kahlbaum: Die Sinnesdelirien. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. XXIII.

gehören die optischen Täuschungen: z. B. ein in Wasser getauchter Stab erscheint uns geknickt, die *mouches volantes,* die Farbenbilder bei Druck auf das Auge und dergleichen. Soweit solche Phenacismen im stande sind, die Orientierung zu verfälschen, geschieht dies mittelst der eben besprochenen Urteilsdelirien, wie ohne Weiteres klar ist.

b) Die Illusionen κατ' ἐξοχήν (psychische Illusionen Krafft-Ebings). Darunter versteht Kahlbaum jene Illusionen, welche eine Art der Urteilsdelirien bilden und welche also hier bereits abgehandelt sind.

c) Die Pareidolien (meist als Personenverkennung bezeichnet) bestehen darin, dass neben den Conturen des objektiv vorliegenden Objektes unbewusst auch Züge eines subjektiv gedachten, gleichsam halluzinierten Objektes wahrgenommen werden, sodass sich durch Kombination der subjektiven und objektiven Erregung ein anderes, dem realen Objekte nur mehr oder minder ähnliches Objekt dem Bewusstsein präsentiert, d. h. bei der Wahrnehmung eines Objektes *a* wird unbewusst die Vorstellung eines zweiten Objekts *b* erregt, mit anderen Worten ein Objekt *b* halluziniert; der Kranke nimmt also *a* und *b* gleichzeitig wahr, und es resultiert daraus für das Bewusstsein ein drittes Objekt *c,* welches ein Gemisch von *a* und *b* darstellt. Kahlbaum fasst dementsprechend den Vorgang als eine Abart der Halluzinationen auf. Diese Pareidolien schliessen nun ebenso, wie überhaupt alle nicht als krankhaft erkannten Halluzinationen, natürlich *eo ipso* in ihrer Summe eine falsche Orientierung in sich.

3. Endlich bleibt noch die dritte Art der falschen Orientierung übrig, und zwar ist dies gerade diejenige, welche uns hier besonders angeht. Dieselbe dürfte in dem Auftauchen von der Wirklichkeit nicht entsprechenden Vorstellungen (Delirien) der Aussenwelt bestehen, wovon ich noch zu sprechen haben werde, Vorgänge, welche in gewisser Beziehung an das physiologische Traumleben erinnern. Zu der Annahme aber, dass ausser den vorher besprochenen Formen noch eine solche weitere, be-

sondere Form existiert, ist man durch den Umstand, dass auf die genannten Weisen jene falsche Orientierung, welche ich als charakteristisch für das *Delirium tremens* bezw. für die vorliegenden Fälle hervorgehoben habe, keine Erklärung findet, also durch einen Schluss *per exclusionem* genötigt

Beim *Delirium tremens* — und damit gehen wir über zur Erledigung der zweiten Vorfrage, welche zu Beginn des Exkurses aufgestellt wurde — können nun alle Formen der Desorientiertheit vorkommen; aber die für das *Delirium tremens* als charakteristisch bezeichnete und uns interessierende (weil auch die vorliegenden Fälle kennzeichnende) Form ist die letztgenannte, in falschen Vorstellungen bestehende Desorientiertheit.

Beim *Delirium tremens* finden wir also:

I. **Die mangelnde Orientierung.** Der Delirant versteht seine Situation nicht, er findet sich nicht recht aus. In dem Mangel der Aufmerksamkeit — man muss den Kranken immer wieder von Neuem anrufen, um ihn zu fixieren —, vielleicht in einem geringen Grad von allgemeiner Bewusstseinsstörung (Dämmerzustand), ferner in einer Erkrankung der Sinnesorgane und Gedächtnisschwäche, welch letztere beiden ja gewöhnliche Erscheinungen im chronischen Alkoholismus, also auch im *Delirium tremens* sind, sind die ursächlichen Momente dafür gegeben. Diese mangelnde Orientierung hat natürlich mit den uns interessierenden deliranten Vorstellungen nichts zu schaffen; sie ist höchstens geeignet, die Korrektur derselben zu erschweren.

II. **Die falsche Orientierung.** Sie kann, wie ich oben ausgeführt habe, beruhen:

1. auf Urteilsdelirien, und diese:

a) auf einer nicht ausreichenden bezw. verloren gegangenen Erfahrung. Dieser Punkt dürfte aber kaum für das *Delirium tremens* in Betracht zu ziehen sein, weil ja hochgradige Demenzen zwar in späteren Stadien des chronischen Alkoholismus vorkommen, aber keineswegs im *Delirium tremens*, das sich meist frühzeitig einstellt;

b) auf Erklärungen für Wahnideen, Affekte und Sinnestäuschungen.

Verfolgungs- und andere Wahnvorstellungen sind beim Delirium nichts seltenes, und wenn der Delirant z. B. in dem Arzt seinen Richter sieht, so ist dies ein Versuch, etwa die Idee, dass er eines Verbrechens angeklagt sei, in Einklang zu bringen mit dem, was er um sich herum sieht. Etwas ganz anderes ist es aber, wenn der Delirant glaubt, im Wirtshaus zu sein und dergl. Welche Wahnidee sollte diese Verkennung der Situation zu Grunde liegen? Ferner würde der Kranke bei diesbezüglichen Fragen den Zusammenhang zwischen seiner deliranten Vorstellung und einer vorhandenen Wahnidee selbst angeben, wie dies in der That der Fall ist für die Verkennungen der Situation in Fällen gleicher Art des ersten Beispiels. Sodann treten diese deliranten Vorstellungen gerade in jenen Pausen der fixierten Aufmerksamkeit präzise zu Tage, wo der Kranke, wie oben besonders hervorgehoben wurde, absolut richtige Antworten auf alle seine Persönlichkeit betreffenden Fragen giebt und eben nur jene falsche Orientierung zeigt.

Im wesentlichen dieselben Gesichtspunkte gelten bei den Erklärungsversuchen für die Affekte. Angst und Zorn — und diese beiden Affekte würden beim *Delirium tremens* in Frage kommen — schaffen wohl beim Deliranten die Vorstellung, er solle zum Tode geführt werden oder dergl., aber nicht gut, z. B. die Idee, er sei bei seiner Arbeit. Ferner ist auch hier wieder hervorzuheben, dass die Angaben des Patienten nicht derart sind, dass man einen unmittelbaren Zusammenhang zwischen der betreffenden Vorstellung und dem Affekte nachweisen könnte, sodann, dass der Kranke in den erwähnten Pausen gar keinen Affekt zeigt.

Was die Sinnestäuschungen anbetrifft, so sind diese nicht selten Veranlassung zu falscher Orientierung des Deliranten: Er sieht in dem auf ihn zukommenden Wärter den Henker nahen, weil er von seinen Stimmen gehört

habe, er solle hingerichtet werden, oder er macht im Bette Schwimmbewegungen, um sich aus dem kalten Wasser zu flüchten u. dergl. m. Viele Deliranten zeigen allerdings nur geringe Neigung, an ihre Halluzinationen und Sensationen kompliziertere Schlussreihen anzuknüpfen, schon wegen des häufigen Wechsels der ersteren. Fragt man den Deliranten, auf welche Weise die Ameisen, Kröten und Spinnen, welche auf ihm kriechen, ihn zwicken u. s. w., das Feuer oder das kalte Wasser an seinen Körper, die Fäden in seinen Mund kommen, was die Katzen und Ratten, welche er sehe, zu bedeuten haben, so erhält man in vielen Fällen nur einige primitive Erklärungsversuche zur Auskunft: die Spinnen müssen wohl von der Decke kommen, das Wasser habe wohl jemand in sein Bett gegossen, da müsse eben etwas brennen und dergleichen. Er sucht allen diesen schreckhaften und ängstigenden Sensationen und Halluzinationen mit aller Gewalt aus dem Wege zu gehen, kommt aber in der Verarbeitung derselben meist nicht weiter, als eben bis zur Deutung der Sinnestäuschungen als Ameisen, Kröten, Spinnen, Wasser, Feuer u. s. w.

Bei einem Teil der Deliranten begegnen wir indes komplizierteren Erklärungen, und wir haben es dann eben mit einer auf Halluzinationen und Sensationen beruhenden falschen Orientierung (halluzinatorisches Delirium) zu thun. — Dies ist aber ganz verschieden von den falschen Vorstellungen, die wir speziell im Auge haben, die sich in jenen halluzinationsfreien Pausen am besten zeigen. Der halluzinatorisch Desorientierte wird im Gegensatz zu dem auf grund von deliranten Vorstellungen falsch Orientierten, wenn er überhaupt soweit zu fixieren ist, dass er richtige Auskunft über seine persönlichen Verhältnisse giebt, auch über seine Umgebung und Situation soweit richtig orientiert sein, dass er den Arzt und die Wärter als solche erkennt, das Zimmer, in welchem er sich befindet, für ein Krankenzimmer hält, und umgekehrt, wenn er in bezug auf seine Situation nicht orientiert ist, stets gleichzeitig allerhand

seine Persönlichkeit betreffenden wahnhaften Vorstellungen produzieren. — Will man nun aber ein Kausalverhältnis zwischen den Halluzinationen und den deliranten Vorstellungen suchen, so würde man es sich derart denken müssen, dass der Delirant z. B. im Wirtshaus zu sein glaubt, weil er Gläser und Flaschen halluziniert, und deshalb die Personen seiner Umgebung für seine Trinkkumpane hält, oder dass er sich in seinem Arbeitsraum zu befinden glaubt, die Menschen um ihn herum für seine Kollegen hält, für seine Gesellen oder Meister, und darauf losarbeitet, weil er als Schneider Fäden, als Schmied einen Hammer, als Schuster eine Ahle halluziniert, oder dass er beim Militär zu sein wähnt, weil er Schüsse hört u. s. w. Ein sicherer Beweis für eine solche Annahme lässt sich nicht erbringen, und man kann mindestens mit demselben Rechte den Satz umkehren: weil der Delirant im Wirtshaus zu sein glaubt, beziehen sich die Objekte seiner Halluzinationen darauf, ebenso, wie dies für einen grossen Teil der Halluzinationen bei der sogenannten primären Verrücktheit feststeht; mit anderen Worten: ebenso wie der Verrückte mit Verfolgungswahn z. B. die Worte hört: „Dem werden wir es schon anstreichen, sein Geld haben wir nun sicher“, oder wie der vermeintliche Sohn des Kaisers diesen halluziniert, ebenso halluziniert der Delirant, der im Wirtshaus zu sein glaubt, Gläser und Flaschen oder der Schmied, der sich einbildet, mitten in seiner Arbeit zu sein, Hammer und Amboss u. s. w. Für die letztere Anschauung spricht ausserdem das bekannte Experiment, den Halluzinationen des Deliranten in bezug auf ihren Inhalt eine bestimmte, willkürliche Richtung zu geben dadurch, dass man dem Kranken eine bestimmte, falsche Vorstellung suggeriert. Z. B.: Sagt man einem Deliranten: „Sehen Sie da in die Ecke, was da auf Sie zukommt“, sehr bald wird er Reiter, Gendarmen und dergleichen sehen, die ihn bedrohen und auf ihn zuschreiten, oder Ratten und Hunde, welche sich ebenfalls gegen ihn wenden. Sagt man ihm, er solle an die Arbeit gehen,

sehr bald fängt er an, mit imaginären Gegenständen herumzuhantieren. Oder er soll auf der Erde auflesen, was heruntergefallen sei: er findet alsbald vermeintliches Geld, welches er dem Fragenden einliefert, oder Erbsen, welche ihm häufig entweichen und dergleichen. Er soll lesen, was da (an der Wand) geschrieben steht: nach kurzer Zeit entziffert er die verschiedensten Namen. Der Inhalt eines Teils der Halluzinationen (es würden dies die zentrifugalen Halluzinationen Kahlbaums sein) ist also abhängig von der jeweiligen (im Experiment suggerierten) Vorstellung und nicht umgekehrt.

Ein zweiter Teil der Halluzinationen (die zentripetalen) stehen indes ausser direkter Beziehung zu der augenblicklichen Vorstellung und ist an und für sich geeignet, eine falsche Orientierung zu erzeugen. Aber dann resultiert jenes erst beschriebene Bild, wo man den Zusammenhang zwischen Halluzinationen und Desorientiertheit nachweisen kann, wo die Angaben gemacht zu werden pflegen inmitten der Halluzinationen und nicht in jenen halluzinationsfreien Pausen, und wo endlich zahlreiche Wahnvorstellungen gleichzeitig produziert werden;

c) können Urteilsdelirien in der Form der Illusion die falsche Orientierung hervorbringen. Die das Entstehen solcher Illusionen begünstigenden Bedingungen sind beim *Delirium tremens* vollauf vorhanden: wir haben es mit Affekten zu thun, mit Mangel an Aufmerksamkeit und einer Mangelhaftigkeit der Wahrnehmungen. Solche Illusionen treten wohl im *Delirium tremens* vielfach auf; sie werden sich aber im einzelnen Falle schwer von den Halluzinationen, von den anderen Illusionen und von den auf anderen Formen der Urteilsdelirien basierenden Verkennungen trennen lassen. Jedenfalls spielen dieselben bei unseren deliranten Vorstellungen keine Rolle, denn 1. fehlen gerade die genannten Bedingungen für das Entstehen derselben in jenen Pausen, wo ja der Delirant affektfrei, aufmerksam ist, und, wie man leicht nachweisen kann, Alles genau wahrnimmt, 2. stellen sich die deliranten

Ideen garnicht als Summe vieler einzelner illusionär verkannter Ojekte dar: Wenn man den Patienten auf seinen Irrtum aufmerksam macht, bekommt man nie, wie man alsdann erwarten müsste, eine Antwort, wie: „Ich muss hier in der Fabrik sein, denn ich sehe alle meine Kollegen hier und den grossen Fabriksaal", oder dergl.; sondern umgekehrt die Vorstellung in der Fabrik zu sein ist das Primäre und die Verkennungen der Personen ein sekundärer Vorgang, ein Urteilsdelirium, entstanden durch den durch die delirante Vorstellung (analog: die Wahnidee) verfälschten Bewusstseinsinhalt, weshalb der Kranke sich auch auszudrücken pflegt: „Sie werden wohl oder Sie müssen halt hier der Aufseher sein" oder dergl. Dazu kommt, dass die delirante Vorstellung ganz unabhängig von den Illusionen, zu denen ja immer ein äusseres Objekt gehört, existiert, denn sie besteht auch, wenn der Patient sich garnicht um seine Umgebung kümmert.

Die Phenazismen, welche in der Form von sensoriellen Störungen im chronischen Alkoholismus, also auch im *Delirium tremens*, ein häufiges Symptom bilden (dahin gehört z. B. das Verschwimmen der Objekte, Verkennung von Farben, subjektive Geräusche, Krampfzustände im Akkomodationsmuskel, wodurch subjektive Bewegungstäuschungen bei Fixation von Objekten, die sich also zu nähern und zu entfernen scheinen, hervorgerufen werden u. a.) brauchen nicht besonders behandelt zu werden. Soweit sie überhaupt im stande wären, die Orientierung zu stören, gehören sie, wie schon gesagt, in das Gebiet der eben besprochenen eigentlichen Illusionen;

2. kann die falsche Orientierung beruhen auf den eigentlichen Verkennungen oder Pareidolien. Für diese Pareidolien wird nun als charakteristisch angegeben, dass immer nur ein oder einige wenige Objekte verkannt werden, und dass der Kranke an dieser Verkennung fest hält. Beim Deliranten ist nun dies nicht der Fall: er verkennt ebenso viel Personen, als man ihm zeigt und wechselt damit je nachdem, wo er sich gerade zu befinden

glaubt. Indes ist es nicht abzusehen, warum nicht gerade in dem akuten, stürmischen Verlaufe eines *Delirium tremens* derartige Verkennungen sich häufen können; das öftere Fallenlassen der Verkennungen würde alsdann eine natürliche Folge des schnellen Wechsels derselben sein. Es ist auch nicht von der Hand zu weisen, dass möglicherweise manche Personen-Verkennungen, die Verkennungen von Tapetenmustern u. dergl. auf solchen Vorgängen basieren. Aber auch diese Pareidolien vermögen nicht, unsere falsche Orientierung des Deliranten zu erklären; und dafür lassen sich genau dieselben Gründe geltend machen, wie für die auf Urteilsdelirien basirenden Illusionen: die delirante Vorstellung stellt sich nicht als Summe vieler einzelner Verkennungen dar, sondern besteht selbständig, auch ohne Wahrnehmung äusserer Objekte. Ein Kranker mit Pareidolien äussert sich, wenn man ihm diese bestreitet, wie ein Halluzinant: „er sehe alles ganz genau und lasse es sich deshalb nicht ausreden", was bekanntlich beim Deliranten, wenigstens in bezug auf die Verkennungen, von denen wir reden, nicht der Fall ist.

3. Nach all dem muss man also, wenigstens für einen gewissen Teil der falschen Orientierung des Delirenten, an andere primäre Prozesse denken. Es liegt dann nahe, sich den Vorgang als ein Analogon zu den Primordial-Delirien Griesingers vorzustellen. Die Primordial-Delirien sind Vorstellungen wahnhaften Inhalts, die spontan im Bewusstsein auftauchen und der Kritik unzugänglich sind. Genau ebenso verhält es sich mit den Vorstellungen des Deliranten, nur mit dem Unterschiede, dass der Inhalt derselben keine Wahnidee im gewöhnlichen Sinne, sondern eine falsche Vorstellung der Aussenwelt ist.

Diese Annahme gewinnt aber eine ganz besondere Bedeutung, wenn man sie unter dem Gesichtspunkt des von Wernicke[1]) aufgestellten Einteilungsprinzips der Psy-

[1]) Wernicke: Die Aufgaben der klinisch. Psychiatrie. Breslau. Ärztliche Zeitschrift, 1887, No. 13.

chosen betrachtet. Wernicke unterscheidet drei Sphären des Bewusstseins: das Bewusstsein der Aussenwelt, das der Körperlichkeit und als Resultante beider das Bewusstsein der Persönlichkeit. Jede dieser Sphären kann nun (analog den Herderkrankungen des Gehirns) für sich allein oder kombiniert mit den anderen erkranken. Ist das Bewusstsein der Persönlichkeit affiziert, so resultieren die gewöhnlichen Wahnideen: der Verfolgungs- und der Grössenwahn der Verrückten, ferner die maniakalischen und melancholischen Wahnvorstellungen. Bei Störungen im Bewusstsein der Körperlichkeit kommt es zu hypochondrischen Vorstellungen: der Kranke habe keinen Kopf, das Herz stehe still u. dergl. Eine krankhafte Veränderung im Bewusstsein der Aussenwelt bedingt eine falsche Auffassung der Situation und Umgebung. Mit letzterem Prozess würden wir es also bei dem Delirium zu thun haben und zwar mit einer isolirten Erkrankung des Bewusstseins der Aussenwelt; denn der Delirant zeigt, wie aus dem Vorangegangenen hervorgeht, eine völlige Intaktheit der Sphäre der Persönlichkeit und der Körperlichkeit (scil. in jenen vorerwähnten Pausen), während er sich ganz falsch orientiert zeigt. Unter diesem Gesichtspunkte würden wir das *Delirium tremens* etwa folgendermassen definieren: Das *Delirium tremens* besteht seinem Wesen nach in einer isolierten Erkrankung des Bewusstseins der Aussenwelt, indem spontan abnorme Vorstellungen von der Aussenwelt auftreten, welche durch die Kritik nicht korrigiert werden. Alle übrigen Symptome, welche nur als begleitende aufzufassen sind, ergeben sich ganz von selbst aus dem Umstande, dass wir eine akute Geisteskrankheit und eine Affektion im Verlaufe des chronischen Alkoholismus vor uns haben, also: die Sinnestäuschungen und Sensationen, welche von lebhaften Affekten begleitet sind, der häufige Wechsel der Vorstellungen, der akute, meist nur einige Tage dauernde Verlauf, die Bewusstseinstrübung, die motorische Unruhe, der Tremor und andere dem chronischen Alkoholismus angehörige körperliche und sensorielle Störungen.

In manchen Fällen von sogenanntem abortiven *Delirium tremens* kann man übrigens in der That als einziges psychisches Symptom eine gewisse Unorientiertheit beobachten, welche freilich ebenfalls nicht recht ausgesprochen ist. Dass der Inhalt der Vorstellungen bei vielen Deliranten derselbe oder ein sehr ähnlicher ist, darf uns nicht wundern; finden wir doch das Gleiche bei den Wahnideen der Verrückten.

Aus dieser Definition heraus wird auch die Differentialdiagnose zwischen dem *Delirium tremens* und ähnlichen psychischen Affektionen sehr vereinfacht. Dabei kommen erstens gewisse Fälle von akuter Geistesstörung in betracht. Die Unterschiede ergeben sich von selbst. Beim Delirium ist die Sphäre der Persönlichkeit intakt und die der Aussenwelt ergriffen, dort umgekehrt die Persönlichkeit affiziert und die Vorstellung der Aussenwelt mehr oder minder unbeteiligt. Weiterhin sind natürlich die körperlichen Symptome: Tremor u. s. w., die Ätiologie, gewisse Eigentümlichkeiten der Halluzinationen zu verwerten. Ferner giebt es eine ganze Reihe anderweitiger Delirien, welche genau ebenso als eine Affektion des Bewusstseins der Aussenwelt aufzufassen sein werden, welche daher im wesentlichen dieselben psychischen Symptome zeigen, sich aber durch die Ätiologie und die gleichzeitig auftretenden körperlichen Symptome unterscheiden. Man spricht von einem Fieberdelirium, von einem urämischen, diabetischen, meningitischen, Inanitions-, traumatischen, Alters-, Erschöpfungsdelirien, Delirien nach Staaroperationen. Viel komplizierter ist das Krankeitsbild des sogenannten epileptischen und hysterischen Deliriums. Auch dabei begegnen wir einer Desorientiertheit, welche aber nur zum Teil auf derartigen primären, falschen Vorstellungen der Aussenwelt zu basieren scheint; es kommt da eine grössere Bewusstseinsstörung dazu, ferner eigentliche Wahnvorstellungen, Halluzinationen, welche das Bewusstsein beherrschen, eigenartige Affekte u. a. Das Krankheitsbild ist übrigens schon auf den ersten Blick so verschieden vom *Delirium tremens*, dass es kaum je zur Differentialdiagnose

in betracht kommen dürfte. Endlich hat man unter dem Namen „akutes Delirium“ eine besondere Form der Psychose abgegrenzt, welche noch wenig studiert ist und sich u. a. durch ihren stürmischen Verlauf, die Schwere des Krankheitsbildes, die ungünstige Prognose, die starke Bewusstseinstrübung und das Auftreten von deliranten Vorstellungen charakterisiert.[1])

Unter der Auffassung des *Delirium tremens* als einer primären und isolierten Erkrankung des Bewusstseins der Aussenwelt gewinnen nun auch die vorliegenden Fälle eine besondere Bedeutung. Bei diesen handelt es sich um denselben Prozess, nur ist die Erkrankung eine chronische. Ich habe deshalb den Namen „chronisches Alkohol-Delirium“ für dieselbe wählen zu müssen geglaubt.

Solche chronische Psychosen, in denen sich der pathologische Prozess darauf beschränkt, die Vorstellungen von der Aussenwelt zu affizieren oder auch nur überwiegend trifft bei relativer Intaktheit des Bewusstseins der eigenen Persönlichkeit sind anscheinend ausserhalb des chronischen Alkoholismus selten.[2])

[1]) Wenn sonst noch in der psychiatrischen Litteratur gewisse Zustände bei Psychosen als Delirien bezeichnet werden, so dürften diese differentiell-diagnostisch gegenüber dem *Delirium tremens* nicht in betracht kommen. Es handelt sich alsdann entweder um eine Desorientiertheit, die aber sekundär entstanden ist (vergl. die Urteilsdelirien) durch Halluzinationen, auch Konfabulationen und dergleichen, oder überhaupt nicht um Zustände von falscher Orientierung. „Delirium“ ist ja bekanntlich einer derjenigen psychiatrischen *termini technici*, welche in ganz verschiedener Bedeutung gebraucht werden und nur allzuleicht zu Missverständnissen Veranlassung geben. Viele verstehen unter „Delirium“ (von ὁ λῆρος = das thörichte Schwatzen) das Rasen zunächst nur in Ideen = Ideenflucht, Phantasieren und dergl., dann auf Handlungen übertragen = Toben oder kurzweg = Manie. Dann wieder bedeutet „Delirium“ eine nicht der Wahrheit entsprechende Idee oder Vorstellung, also allgemein = Wahnidee, auch jede falsche Wahrnehmung, daher Sinnesdelirium. Auch als allgemeine Bewusstseinsumnebelung wird gelegentlich „Delirium“ gesetzt. Häufig wird auch ausschliesslich das *Delirium tremens* kurz als „Delirium“ bezeichnet.

[2]) Bei einem sich vielleicht als sogenannte Verrücktheit *(Paranoia)* entwickelnden Falle beobachtete ich Monate hindurch folgendes isoliertes

Häufiger, wenn auch immer noch selten, scheinen Fälle gleicher Bedeutung innerhalb des Rahmens des chronischen Alkoholismus aufzutreten.

Da ich nun in der mir zur Verfügung stehenden Litteratur derartige Krankheitsbilder nirgends, wenigstens nicht mit besonderer Erwähnung dieses Symptoms, beschrieben fand, dürfte es am Platze sein, einige diesbezügliche detailliertere Krankengeschichten folgen zu lassen.

Erster Fall.

Der Zinngiesser Herrmann Schubert aus Breslau ist 33 Jahr alt. Sein Vater, ein *potator strenuus*, starb plötzlich an einem Herzschlage. Sonst liegt keine psychopathische Belastung vor. Der Patient selbst war früher körperlich gesund und hat gedient. Luetisch soll er nie gewesen sein. Besonders in den letzten Jahren hat er stark getrunken, täglich mindestens für 40 Pfg. Korn. Im Jahre 1886

Krankheitsbild: Die Kranke, welche diese Zeit über frei von Halluzinationen und Sensationen blieb (später, als solche auftraten, bestätigte sie dies ausdrücklich) und ganz richtige Angaben über ihre Person machte — es fehlte zur Zeit auch jede Andeutung einer Grössen- oder Verfolgungsidee — welche von guter Intelligenz war, ohne Gedächtnisstörung, lebte Monate lang in der Vorstellung, dass die Anstalt, in der sie sich befinde, ein kirchliches Institut sei: Alle Personen ihrer Umgebung hielt sie für Geistliche und machte deshalb, wo sie konnte, und besonders bei jeder Anrede tiefe Verbeugungen; den blödsinnigsten Paralytikerinnen machte sie ehrfurchtsvoll Platz. Sie bemühte sich, in möglichst wohlgesetzter Rede zu sprechen und entschuldigte sich oft, dass ihr dies nicht so recht gelänge; sie werde sich aber bemühen, ihr Benehmen so zu gestalten, wie es sich in einer solch heiligen Gemeinde gezieme. Genau dieselben Menschen seien schon früher um sie gewesen (sie war vorher einige Wochen lang in einer anderen Anstalt), dieselben haben aber ihr Aussehen und ihre Gestalt verändert. Die Frage, zu welchem Zwecke und in welcher Eigenschaft sie sich nun in dieser heiligen Gemeinde befinde, beantwortete sie immer nur dahin: Nach dem Tode ihres Mannes habe sich die Familie aufgelöst, ihre Kinder seien zu Verwandten gekommen und sie sei durch die Hilfe eines ihrem Manne befreundeten Geistlichen eben hierher gekommen. Erst viel später tauchten Vorstellungen derart auf, es könnte dies Alles eine Belohnung für ihre frühere Frömmigkeit sein, oder sie werde hier vielleicht über die Zeit hinaus gehalten. Gleichzeitig stellten sich körperliche Sensationen ein, die sie sich feindlich zu erklären versuchte.

erkrankte er angeblich an einem Nierenleiden und begab sich in Hospitalpflege. Dort zeigte er sich äusserst reizbar: ein geringfügiger Streit soll bei ihm eine Art Wutausbruch hervorgerufen haben. Über die Art des Nierenleidens habe ich nichts ermitteln können. Er wurde schon nach kurzer Zeit als gebessert entlassen. Zu hause klagte er nun über Schmerzen in dem Fleische und den Knochen der Beine, ferner über ein prickelndes Gefühl in der Haut; sodann konnte er nicht gehen, die Beine seien schwer, er könne sie nicht heben, und sie seien wie eingeschlafen. Dazu kam ein häufiger auftretendes Schwindelgefühl. Die Stimmung war reizbar; er zeigte nicht die geringste Neigung, sich zu beschäftigen. In der Folgezeit kam es nun zu wiederholten Delirien mit den typischen Halluzinationen von Ratten, schwarzen Männchen, Sensationen von Spinnen und Kröten und dergleichen; die motorische Unruhe sei nicht gross gewesen, und der Affekt nie bedeutend. In den Pausen zwischen diesen einzelnen Attacken sei er gut orientiert gewesen. Er zeigte aber stets totale Amnesie für die Vorstellungen und Halluzinationen im vorangegangenen Delirium. Es fiel ferner auf, dass sein Gedächtnis immer schlechter wurde und zwar besonders für alle frischen Eindrücke, sodass Patient schliesslich unter der Hand vergass, was er eben gethan hatte. Am Ende des Jahres 1887 kam er wieder ins Krankenhaus, wo er bis zu seiner Überführung nach der kgl. psychiatrischen Klinik, welche am 17. Dezember 1888 erfolgte, verblieb. Von dem dortigen Aufenthalte wird berichtet, der Kranke habe nicht gehen können, er habe über lanzierende Schmerzen, Taubheitsgefühl in beiden Füssen und zeitweise auch über Gürtelschmerz geklagt. Auch soll er dort schon seine Umgebung verkannt haben: er glaubte im Lazareth zu sein, nannte den Pfleger einen Feldwebel u. s. w. Die Veranlassung zur Verlegung in die psychiatrische Klinik gab ein wieder neu auftretendes *Delirium tremens.*

Aus dem Status bei der Aufnahme hebe ich hervor:

Kleiner Mann von blasser Gesichtsfarbe, etwas gedunsenem Gesicht. Die rechte Facialisinnervation etwas hinter der linken zurückstehend. Reflektorische Pupillenstarre. Augenbewegungen intakt. Keine grobe Herabsetzung der Sehschärfe. Geringer Tremor der Zunge, die gerade herausgestreckt wird und gut beweglich ist, und Tremor der Finger beim Spreizen derselben. Fehlen der Patellarreflexe. Ziemlich bedeutende, beiderseitige Ataxie der unteren Extremitäten. Ausgesprochenes Rombergsches Phaenomen. Der Gang höchst unsicher, schwankend, dabei deutlich stampfend, besonders rechts. Die grobe Kraft überall ziemlich gut, und kein wesentlicher Unterschied in der Motilität zwischen rechts und links. Die Sensibilität ist in allen Qualitäten etwas stumpf, ohne lokale Anaesthesien oder Paraesthesien. Blasen- und Mastdarmfunktion ohne Störung. Im Urin zeigt sich nichts, was auf ein Nierenleiden schliessen liesse, kein Eiweiss, keine Cylinder

normale Menge, saure Reaktion. Kein Fieber. Schlechter Schlaf. Mässiger Appetit. Patient wird von leichten Delirien beherrscht, welche Tag und Nacht ununterbrochen auftreten. Er wähnt, sich im Militär-Lazarett zu befinden und verkennt seine Umgebung als Sergeanten und andere Militärpersonen; der Arzt ist der Stabsarzt, der Wärter der Lazarettgehilfe. Er befinde sich in Schweidnitz, wo er eingezogen sei. Die Halluzinationen sind nicht sehr lebhaft und betreffen überwiegend den Gehörssinn, seltener den Gesichtssinn; sie sind auffallend stabil: er hört meist die Stimme des Obersten verschiedene militärische Befehle erteilen, ferner die Wache zur Ablösung am Fenster vorüberziehen, Kommandorufe und dergleichen. Öfter hört er seinen Namen rufen und versucht dann aus dem Bett zu gehen. Abnorme Sensationen werden nicht beobachtet. Es gelingt sehr leicht, die Aufmerksamkeit des Patienten zu fixieren; in diesen Pausen antwortet er richtig auf alle seine Persönlichkeit betreffenden Fragen: er weiss, wo er wohnt, was er arbeitet, wie viel er verdient, nennt die Namen seiner Geschwister, seines Schwagers u. s. w.; er legt keinerlei Grössen- oder Verfolgungsideen an den Tag. Dagegen bleibt er dabei, dass er im Schweidnitzer Lazarett sei, er sei in Schweidnitz eingezogen und müsse da krank geworden sein, es sei wohl irgend ein inneres Leiden, ausserdem könne er nicht gut laufen. Es fehlt ihm schon nach einigen Stunden jede Erinnerung an die im Delirium aufgetretenen Halluzinationen. Auch sonst zeigt er eine bedeutende Gedächtnisschwäche für die Ereignisse der letzten Zeit, wie es scheint, für die ganze Zeit seiner Erkrankung: Über die in der Anamnese angeführten Daten, z. B. dass er zweimal in anderen Krankenhäusern und dazwischen wieder zu hause war, dass er mehrfach das *Delirium tremens* gehabt habe, vermag er nichts anzugeben. Dabei zeigt er keine grobe Intelligenzherabsetzung. Er rechnet, liest und schreibt ganz gut, weiss über die wichtigsten Ereignisse der Geschichte bescheid. Wesentliche Affekte sind bisher nicht dagewesen.

Diese Delirien mit Halluzinationen dauern nun unverändert fort; nur ganz allmählich treten längere Pausen ein, die Halluzinationen beschränken sich schliesslich mehr auf die Nächte, und erst im Februar 1889 erscheint er frei von Halluzinationen, sodass der ganze Zustand über 2 Monate gewährt hatte. Inzwischen hatten sich die nervösen Symptome nicht unerheblich gebessert: er konnte allein gehen, schwankte zwar noch oft, besonders beim Umdrehen, vermochte sich doch aber stets auf den Beinen zu halten, selbst bei geschlossenen Augen. Der Ernährungszustand war befriedigend, der Schlaf gut, ohne Narkotika. Über sein psychisches Verhalten, das nun in den folgenden Monaten keine wesentliche Änderung zeigte, entnehme ich der Krankengeschichte folgendes Examen:

Wie heissen Sie? — Herrmann Schubert. — Was sind Sie? —

Ich bin Zinngiesser in der Stockgasse 4 in Breslau bei meinem Vater. (In Wahrheit ist der Vater seit Dezember 1885 tot und die Zinngiesserei in Händen seines älteren Bruders.)

Wie alt sind Sie? — Ich bin 1855 geboren am 12. Dezember und bin jetzt 32 Jahr alt, ach nein, da bin ich älter (rechnet), da bin ich 35 Jahre alt (Patient glaubt im Jahre 1890 zu leben).

Wie alt ist Ihr Vater? — Der ist jetzt 64 Jahre alt (so alt war der Vater bei seinem Tode). Auf die Fragen, wie die Geschwister heissen, an wen die Schwestern verheiratet sind, wo dieselben sich aufhalten, welche Schule er besucht habe, wer ihn konfirmiert habe, bei welchem Regiment er gedient habe, wann und wo er seine militärischen Übungen absolviert habe, giebt er sichere und richtige Antworten; nur folgende Fehler stellen sich dabei heraus: Er spricht von einer militärischen Übung im November vorigen Jahres, zu welcher er nach Schweidnitz eingezogen worden sei. Näheres darüber weiss er nicht. In der That ist er seit dem Jahre 1884 nicht eingezogen gewesen. Ferner spricht er von der Hochzeit seiner jüngsten Schwester, welche während seiner Abwesenheit beim Militär stattgefunden haben müsse, welcher er aber selbst vor ca. $1^1/_2$ Jahren beigewohnt hat.

Worin bestand Ihre Arbeit? — Er schildert die Zinngiesserei (als Beispiel wird das Giessen von Zinnsoldaten genommen) ganz verständlich.

Wie viel haben Sie verdient? — Die Woche 2 Thaler 15 Böhm, bei meinem Vater; als ich aus Brieg im Jahre 1884 (von der militärischen Übung) zurückkam, arbeitete ich zur Aushilfe bei einem Meister, da verdiente ich etwas mehr.

Sind Sie früher krank gewesen? — Nein. — Wie hat Ihre jetzige Krankheit begonnen? — Ich weiss garnicht, weshalb ich ins Lazarett gekommen bin; ich soll unruhig gewesen sein, vielleicht durch veränderte Lebensweise, als ich zur Übung eingezogen wurde.

In welchem Jahre leben wir jetzt? — 1890. Der Monat wird richtig angegeben, die Zeit seines hiesigen Aufenthaltes annähernd richtig berechnet.

Wann haben Sie gedient? — 1877—1880.

Unter welchem Kaiser? — Kaiser Wilhelm I.

Lebt Kaiser Wilhelm noch? — Ja, er ist wohl jetzt 86 Jahre alt.

Welche Kriege hat er geführt? — 1864 wegen Schleswig-Holstein gegen Dänemark, 1866 gegen Österreich und 1870/71 gegen Frankreich. Er nennt weiterhin eine Anzahl von Schlachten aus den Kriegen, spricht von Napoleon III., Gambetta, Moltke, Bismarck, ferner von den Attentaten auf Kaiser Wilhelm von Hödel und Nobiling, nennt auch Kullmann. Er giebt sodann richtig an: die einzelnen Fraktionen im Reichstag, wen er das letzte Mal gewählt habe, in welchem Alter man in Deutschland wahlberechtigt ist, den Unterschied zwischen Preussen und Deutschland u. s. w.

Er kann fliessend lesen und schreiben. $12 \times 12?$ — = 144. $12 \times 15?$ — = 180; ebenso werden kleinere Rechenaufgaben schnell gelöst, Geld richtig und schnell gezählt. Geographische Fragen werden ebenfalls richtig beantwortet.

Wie heisst der Sohn vom jetzigen Kaiser? — Kronprinz Friedrich. Mit Mühe erinnert er sich, dass derselbe kehlkopfleidend war, sich deshalb in Italien aufhielt. Sobald man ihm nachhilft, indem man z. B. die erste Silbe des verlangten Wortes sagt oder dergleichen, fallen ihm auch die Namen Mackenzie, v. Bergmann u. s. w. ein. Dagegen weiss er absolut nichts vom Tode Kaiser Wilhelms I., der Thronbesteigung Kaiser Friedrichs, dessen Tod u. s. f.

Wo sind Sie hier? — In Reichenbach (er schwankt in den verschiedenen Sitzungen oder auch während ein und derselben zwischen Reichenbach und Schweidnitz) im Lazarett.

Sind Sie krank? — Ich muss es doch gewesen sein, jedenfalls auf das Nervensystem, vielleicht Überreizung des Gehirnsystems.

Worin hat sich das gezeigt? — Vielleicht durch Reden und Geberden, das verstehe ich nicht so, vielleicht habe ich wirr gesprochen.

Den Arzt bezeichnet er als Stabsarzt, die Wärter als Lazarettgehilfen, deren Namen er sich nicht behalten habe, die Tagesräume der Kranken als Rekonvaleszentenzimmer; in einzelnen Kranken erkennt er Geisteskranke. Auf die Frage, ob alle Personen seiner Umgebung Militärs seien, antwortet er: „Manche sehen nicht so aus; wenn Platz ist, mögen wohl auch Zivilpersonen aufgenommen werden, oder es ist ein allgemeines Krankenhaus, in dem eine Abteilung für Militärs ist.“ Versucht man ihn zu belehren, so bleibt er fest bei seiner Ansicht, er sei im Lazarett zu Reichenbach oder Schweidnitz, und es sei jetzt das Jahr 1890.

Es werden ihm zu diesem Zwecke vom Fenster aus die Türme der Stadt Breslau und der Zobtenberg gezeigt. Diese erkennt er insofern sämtlich wieder, als er z. B. sagt: „Dieser Turm sieht aus, wie der Elisabethturm, es muss aber die Schweidnitzer Jesuitenkirche sein“ oder „Jener sieht aus, wie der Magdalenenturm, von dem die eine Spitze abgebrannt ist“ oder „Das kann doch hier nicht der Zobten sein“ u. s. w. Bei einem Spaziergang nach der Stadt, welchen ich mit ihm unternahm, erkennt er voller Freude die meisten Strassen sofort wieder, zweifelt erst, giebt aber schliesslich spontan zu, dass er doch in Breslau sein müsse, und dringt nun darauf, seine Eltern aufzusuchen. Um ihm zu beweisen, dass erst 1889 sei, werden ihm die Zeitung, der Poststempel eines soeben vom Briefträger gebrachten Briefes gezeigt; eine ganze Reihe von Personen werden zur Bestätigung herangezogen: Er giebt es manchmal zu, aber offenbar immer noch einen starken Zweifel darein setzend.

Um das Gedächtnis für frisch empfangene Eindrücke zu prüfen, liess ich den Kranken u. a. Gedichte auswendig lernen, sich Zahlen merken oder mit grösseren Zahlen rechnen. Zahlen merkte er sich ganz leidlich — er gab sie oft noch nach minutenlangen Zwischenfragen richtig an; als er nach zwei Tagen das Gedicht hersagen sollte, konnte er es zunächst nicht, fand es aber bald in dem Buche (es wurde ihm das Register des Buches gegeben) wieder, und nun vermochte er Stellen aus demselben auswendig aufzusagen; nach weiteren zwei Tagen hatte er bei weitem mehr davon vergessen; doch konnte man es, wenn man es ihn immer wieder lernen liess, dahin bringen, dass er es schliesslich leidlich auswendig sagen konnte. Nach Gegenständen, auf welche er zwei Tage vorher in einem bestimmten Zimmer ganz besonders aufmerksam gemacht worden war, gefragt, erinnerte er sich nur einzelner und fing meist an zu raten z. B. „eine grosse Vase stand auf dem Tische oder eine Karaffe mit Wein oder ein Globus war es“, Gegenstände, die in Wahrheit nicht dort gestanden hatten. Zeigte man ihm die betreffenden Gegenstände, so erkannte er sie nur zum Teil wieder. Doch liess sich auch hierin das Gedächtnis ganz wesentlich üben.

Der vorerwähnte Spaziergang nach der Stadt, der augenscheinlich einen grossen Eindruck auf ihn gemacht hatte, war ihm schon am nächsten Tage nur dunkel und in vielen Einzelheiten garnicht mehr in Erinnerung. Ein grosser Teil der Personen seiner Umgebung blieben ihm fremd; nur gewisse Kranke, die immer wieder mit ihm in Berührung kamen, z. B. ein Maniakus, der ihn vielfach neckte und sich sehr auffällig benahm, prägten sich seinem Gedächtnisse ein; ebenso erkannte er einzelne Wärter, den Arzt u. s. w. wieder. Von einem Besuch seiner Angehörigen wusste er schon nach einigen Stunden nichts mehr. Erwähnt sei noch, dass er die Zeit seines Aufenthaltes zwar ungefähr richtig berechnete, da er sich um das Datum einigermassen kümmerte und von dem Termin seiner Aufnahme eine annähernd richtige Vorstellung hatte (abgesehen davon, dass er um ein Jahr in seiner Zeitrechnung voraus war), dass er ferner die Tageszeit richtig angab, dass er aber im übrigen die Zeiträume stets falsch abschätzte: Fragte man ihn, wann er den Arzt zuletzt gesprochen habe, oder wann gewisse Ereignisse, deren er sich überhaupt erinnerte, stattgefunden, so überschätzte er die Zeiträume sehr bedeutend; war ein Tag verstrichen, so gab er acht Tage an.

Im Verlaufe der nächsten Monate besserte sich sein körperliches Befinden stetig. In der Mitte dieses Jahres konnte er schon völlig sicher gehen; bei geschlossenen Augen schwankte er nur kaum merklich, die Ataxie war nur noch unbedeutend. Weitere Nervensymptome hatten sich nicht eingestellt. Sein psychischer Status hatte sich nicht wesentlich geändert. Er wurde nur im ganzen etwas

lebhafter und erfinderischer in seinen Erklärungsversuchen für die Widersprüche zwischen seiner deliranten Vorstellung und der Wirklichkeit bezw. den Angaben und Belehrungen Anderer. Als ihm z. B. der mehrfach erwähnte Spaziergang nach der Stadt in die Erinnerung zurückgerufen wurde, meinte er, da müsse er wohl mit der Eisenbahn nach Breslau gefahren sein, denn er könne sich nur erinnern, in Breslau gewesen zu sein, aber wie er dahin gekommen sei, wisse er nicht mehr. Dabei äusserte er nun aber gelegentlich paranoische Ideen. So erklärte er einmal, als ihm wieder die Türme der Stadt gezeigt wurden, das müsse eine optische Täuschung sein, anders könne er sich das nicht erklären, die Leute müssten ihn hier zum Besten haben wollen. Einmal stellte er es für möglich hin, dass er hier Festungshaft habe, da er garnicht entlassen werde, obwohl er sich doch gesund fühle. Ein anderes Mal meinte er, das könne nicht seine Richtigkeit mit ihm haben, man halte ihn wohl zum Narren, vor allen Dingen verstehe er nicht, was das für eine Bewandtnis habe, dass ihn seine Angehörigen nicht abholten. Grössenideen äusserte er spontan nicht, aber er verhielt sich nicht sehr ablehnend, wenn man ihm solche oktroyierte; er gab z. B. die Möglichkeit zu, dass es mit seiner Abstammung etwas besonderes sein müsse, dass ihn seine Verwandten vielleicht deswegen hätten hierher bringen lassen und dergleichen. Alle diese Äusserungen wurden nur sporadisch vorgebracht; er hielt nie daran fest.

Halluzinationen liessen sich in dieser Zeit nie mit Sicherheit nachweisen. Erwähnt sei hier aber die nur einmal geäusserte Konfabulation: er erinnere sich genau, im vorigen Jahre eine Zeitung mit dem Datum von 1889 gefunden zu haben, er könne das beschwören, so genau wisse er es, leider sei sie ihm inzwischen abhanden gekommen. Kurze Zeit darauf hatte er die ganze Geschichte vergessen.

Zu bemerken ist noch, dass während der ganzen Zeit seines Aufenthaltes in der Klinik keinerlei Affektzustände aufgetreten sind. Seine Stimmung war gleichmässig und hielt sich in der Mittellage. Er verhielt sich stets ruhig, kümmerte sich auffallend wenig um die Mitkranken, zog sich aber nicht direkt von diesen zurück. Patient konnte zu allerhand kleineren Arbeiten verwendet werden. Er zeigte ein gewisses Krankheitsgefühl für seine Gedächtnisschwäche; er sagte selbst: „ich kann mich schlecht zurückerinnern".

Am 24. August 1889 wurde er zu seinem Bruder entlassen. Als ich ihn Ende Oktober dieses Jahres in der Werkstätte seines Bruders aufsuchte, fand ich ihn ganz wesentlich verändert. Er sah körperlich äusserst wohl aus, half seinem Bruder fleissig bei der Arbeit, für welche er nach Angabe dieses recht gut zu verwenden war, doch bedürfe er dabei immer noch einer gewissen Anleitung. Der Kranke war nun völlig orientiert; er lachte darüber, dass er früher geglaubt habe, im Lazarett zu Schweidnitz zu sein und im Jahre 1890 zu leben.

Er besass völlige Krankheitseinsicht: er sei eben krank, irre gewesen, sonst hätte er sich so etwas nicht einbilden können. Über den Verlauf seiner Krankheit konnte er allerdings keine Auskunft geben; nur einige Einzelheiten waren in seinem Gedächtnis haften geblieben. Er erkannte mich sofort wieder. Sein Gedächtnis hatte sich erheblich gebessert, sodass er z. B., als ich ihn nach acht Tagen wieder besuchte, meine Adresse, welche ich ihm beim ersten Besuche angegeben hatte, auswendig wusste. Die Lücke in seinem Gedächtnisse, welche etwa die Zeit seiner Krankheit umfasst, hatte er nur spärlich ausgefüllt; doch schien er sich damit, soweit ihn die Dinge unmittelbar angehen, zurechtzufinden; z. B., dass sein Vater, den er am Leben geglaubt hatte, gestorben sei, habe er jetzt gehört, er könne sich allerdings nicht darauf besinnen. Inbezug auf fernerliegende Dinge, z. B. politische Ereignisse, stösst man aber noch auf bedeutende Lücken. Die Zeit wird auch jetzt falsch geschätzt, aber nach der umgekehrten Richtung: Er glaubt, erst 14 Tage zu Hause zu sein, und den achttägigen Zeitraum zwischen meinen beiden Besuchen schätzte er für 2 Tage ab. Der Bruder gab an, dass sich der Kranke ganz merklich immer besser zurechtfinde. Irgend welche andere, neue Symptome haben sich zu Hause nicht gezeigt.

Dieser Fall, dessen Krankengeschichte ich etwas ausführlicher mitteilen zu dürfen geglaubt habe, scheint mir in erster Reihe deswegen instruktiv zu sein, weil er das Symptom der deliranten Verkennung der Situation, Umgebung und Zeit, welches beim akuten *Delirium tremens* durch die übrigen stürmischen Symptome desselben mehr oder minder verdeckt zu werden pflegt, hier, weil in einem chronischen Falle, besser in den Vordergrund treten lässt.

Um es kurz zu rekapitulieren: Es handelt sich um einen Kranken, der öfter das *Delirium tremens,* das letzte in protrahierter Form, durchgemacht hat und eine Anzahl anderer unzweideutiger Symptome von chronischer Alkoholvergiftung zeigt. Dieser Kranke weist nun keine eigentliche Demenz auf, sondern nur eine starke, generelle Gedächtnisschwäche und zwar lediglich für frische Eindrücke. Sein Gedächtnis schneidet gewissermassen bei dem Beginn seiner Erkrankung ab, jedoch mit der Einschränkung, dass einige Ereignisse aus der Zeit kurz vor der Erkrankung ebenfalls in seiner Erinnerung fehlen, z. B. der Tod des Vaters, und dass andererseits eine geringe Anzahl von

Ereignissen, die schon in seine Krankheit fallen, haften geblieben sind. Für alle Eindrücke älteren Datums ist aber sein Gedächtnis durchaus intakt. Er besitzt seiner Bildung entsprechende Kenntnisse und ein ganz gutes Urteil. Wahnideen, wie sie die primäre Verrücktheit charakterisieren, und welche eine Umwandlung der psychischen Persönlichkeit bedeuten, lassen sich wenigstens für die ersten Monate dieses Zustandes ausschliessen. Inwieweit die später sporadisch aufgetretenen paranoischen Äusserungen als ein primäres Übergreifen der Affektion auf die Sphäre der Persönlichkeit aufzufassen sind oder nur sekundär als Erklärungsversuche gedeutet werden müssen (im Sinne der Urteilsdelirien), wage ich nicht zu entscheiden. Jedenfalls war Monate hindurch die psychische Persönlichkeit als intakt zu bezeichnen. Dagegen verkannte der Kranke den Ort, wo er sich befand, und seine Umgebung: er wähnte sich im Lazarett zu Schweidnitz zu befinden, nannte den Arzt Stabsarzt, die Wärter Lazarettgehilfen u. s. f.; ferner glaubte er im Jahre 1890 zu leben. Dieser Zustand bestand ziemlich unverändert mindestens ein Jahr. Darauf trat aber doch noch unter stetiger Besserung des körperlichen Befindens nach der Entlassung des Patienten zu seinen Angehörigen eine Heilung insoweit ein, als der Kranke diese Vorstellungen total fallen liess und sich wieder völlig gut orientiert zeigte. Sein Gedächtnis hatte sich gleichzeitig sehr wesentlich gebessert; doch zeigte es immer noch bedeutende Lücken.

Was das bei diesem Falle besonders interessierende Symptom der falschen Orientierung anbetrifft, so ist man zunächst geneigt, den Einwand zu machen, es handle sich garnicht um eine dem *Delirium tremens* analoge, delirante Vorstellung, sondern die falsche Orientierung hänge hier mit den Gedächtnisdefekten zusammen; die letzte oder wenigstens die letzte exakte Erinnerung des Kranken sei die militärische Übung in Schweidnitz, nun finde er sich (die Erinnerung für die Zwischenzeit fehle ja) in einem Krankenhause wieder; es sei also ein ganz naheliegender

Schluss, zu glauben, dass er sich im Lazarett befinde und alles übrige resultiere ja ganz einfach aus dieser Vorstellung; das beweise ja am besten der Umstand, dass er, nach Hause entlassen, die richtige Orientierung wieder erlangt habe. Zur Widerlegung dessen dient die Thatsache, dass Patient nur zweimal (eine vermeintliche dritte Einziehung, von der Patient übrigens nichts genaues zu erzählen weiss, hat überhaupt nicht stattgefunden) eingezogen war und zwar im Jahre 1882 in Schweidnitz und im Jahre 1884 in Brieg, dass er an diese Zeit sich gut erinnert, von seiner Rückkehr nach Hause spricht und Ereignisse, die später stattgefunden haben, als nach jener Zeit passiert schildert (z. B. er habe, als er aus Brieg zurückkam, bei einem fremden Meister zur Aushilfe gearbeitet). Abgesehen davon ist nicht anzunehmen, dass ein Mensch von ganz guter Urteilskraft, wie unser Kranker, der ein Gefühl für seine Gedächtnisschwäche hat, zu einem solchen Fehlschlusse kommen würde. Kranke, die aus sogenannten Schlaf- oder Dämmerzuständen erwachen, pflegen nicht ähnliche Schlüsse zu ziehen und in analogen Fällen von genereller Gedächtnisschwäche[1]) finden wir event. überhaupt keine Desorientiertheit, oder, wenn eine solche resultiert, haben wir es entweder mit Personen zu thun, die gröbere intellektuelle Defekte zeigen (Urteilsdelirien infolge eines mangelnden Erfahrungsschatzes) oder die Desorientiertheit tritt nicht in der Form einer einheitlichen, fixen Vorstellung auf, wie in diesem Falle, sondern es handelt sich in jenen Fällen überhaupt nur um eine mangelnde Orientierung (solche Kranke finden ihr Bett nicht u. s. w.) und nicht um eine falsche Orientierung.

Die übrigen Bedingungen, welche *a priori* eine falsche Orientierung hervorrufen können, sind bei diesem Falle überhaupt nicht vorhanden. Der Kranke ist frei von

---

[1]) Lissauer: Drei Fälle von Gedächtnisschwäche bei Alkoholisten, und Freund: Über generelle Gedächtnisschwäche. Zeitschr. f. Psych., Bd. 44. (45. Versammlg. ostdeutsch. Irrenärzte zu Breslau.)

Halluzinationen, von Affekten, Wahnideen, Pareidolien; wenigstens konnten solche bei besonders darauf gerichteter Aufmerksamkeit nicht nachgewiesen werden.

Wenn wir nun die Möglichkeit, die falsche Vorstellung als einen sekundären, konsekutiven Zustand aufzufassen, ausschliessen können, so würden wir uns die Affektion folgendermassen vorzustellen haben: Entweder sind gewisse, aus einem *Delirium tremens* stammende Vorstellungen übrig geblieben, welche hier auffallend langsam weichen, oder es handelt sich um eine chronische oder subchronische Psychose, welche sonst meist in ihrer akuten Form als *Delirium tremens* auftritt. Für unsere Auffassung ist das im Grunde genommen einerlei. Denn das *Delirium tremens* besteht nach unserer Ausführung seinem Wesen nach in einer krankhaften Verfälschung der Vorstellung von der Aussenwelt. Wenn also solche Vorstellungen persistieren, so heisst das eben: die eigentliche Krankheit besteht fort und nur die das Delirium begleitenden Symptome sind geschwunden. Das in der Krankengeschichte erwähnte protrahierte *Delirium tremens* ist aber unter allen Umständen nur als eine akutere Attacke innerhalb des chronischen Deliriums aufzufassen, da die deliranten Vorstellungen schon lange Zeit vor Beginn desselben beobachtet worden sind. Nach der Anamnese ist auch nicht einmal der Beginn der Erkrankung ein akutes *Delirium tremens* gewesen. Doch möchte ich darauf kein Gewicht legen, da es doch fraglich bleibt, ob die Verkennungen seitens des Patienten rechtzeitig beobachtet worden sind.

Die Frage, warum in den meisten Fällen das Delirium als akute Krankheit und hier als chronische auftritt, wird man im Grunde ebensowenig beantworten können, wie die, weshalb die eine Person von einer akuten Geisteskrankheit, z. B. einer Manie, und eine zweite von einer chronischen befallen wird. Aber die Heilung des Deliriums zu einer Zeit, wo sich das Gedächtnis bedeutend gebessert hatte und der Kranke in seine alte Umgebung kam, weisen darauf hin, dass möglicherweise die Gedächtnisschwäche

und der Aufenthalt in einer fremden Umgebung, welche beide Umstände ja offenbar das Orientiertwerden erschweren müssen, die schnellere Heilung hintangehalten haben. Indes ist die Vorstellung natürlich ebenso berechtigt, dass die durch dasselbe Gift, nämlich den Alkohol, erzeugten Affektionen: 1. die psychische Störung (Delirium), 2. die Gedächtnisschwäche, 3. die körperliche Kachexie mit den nervösen Symptomen unabhängig von einander und gleichzeitig zur Heilung bezw. Besserung kommen, sobald eben die Wirkung der durch die Intoxikation gesetzten Schädlichkeit aufhört.

Es sei mir gestattet, noch auf einzelne Punkte aus diesem Krankheitsfalle aufmerksam zu machen. In bezug auf die Gedächtnisschwäche lässt sich bei unserem Kranken relativ exakt nachweisen, dass sich diese lediglich auf die frischen Eindrücke beschränkt und zwar fast genau auf alle Eindrücke rückwärts gerechnet bis zum Beginn der Erkrankung. Dieser Erscheinung begegnen wir auch in anderen Fällen von auf chronischem Alkoholismus basierenden Gedächtnisdefekten. Von einzelnen Autoren ist darauf hingewiesen worden. Magnan[1]) sagt z. B. gelegentlich einer Krankengeschichte: *La mémoire exacte pour les événements anciens se trouve souvent en défaut sur les faits récents.* Auffallend erscheint ferner bei unserem Kranken die starke Beeinträchtigung des Gedächtnisses gegenüber den übrigen intellektuellen Funktionen.

Ein Interesse dürfte sodann die falsche Abschätzung der Zeit in Anspruch nehmen. Während seines Aufenthaltes in der Klinik überschätzt er die Zeiträume, später, zu Hause, unterschätzt er sie. Man könnte sich dies folgendermassen erklären: Nach bekannter Erfahrung verfliesst uns die Zeit am schnellsten, wenn uns irgend eine Beschäftigung veranlasst, nicht an die Zeit zu denken, und sie verfliesst uns am langsamsten, wenn wir immer-

---

[1]) Magnan: de l'alcoolisme. Paris 1874. Observation XXIV. Vergl. auch Wernicke: Lehrbuch der Gehirnkrankheiten. Seite 304.

fort an sie denken, in der Langeweile. Ersteres wäre bei unserem Patienten während seines Aufenthaltes zu hause, letzteres während der Zeit im Krankenhause der Fall. Das hat aber nichts zu thun mit der Schätzung verflossener Zeiträume; „eine in Langeweile verbrachte Zeit kann in der Erinnerung kurz erscheinen". Für die Zeitschätzung eines verflossenen Zeitraumes kommt das retrospektive[1]) Zeitgefühl in betracht, welch letzteres beruht auf der Reproduktion der in einer gewissen Zeitstrecke vorhanden gewesenen Vorstellungen. Ein solches retrospektives Zeitgefühl kann nun bei unserem Kranken nur mangelhaft oder garnicht entwickelt sein; denn ihm fehlt ja die Erinnerung an die vorangegangenen Eindrücke. Er ist also überhaupt nicht im stande, verflossene Zeiträume abzuschätzen, ebenso wie der aus dem Schlafe Erwachende zunächst gar keine Schätzung dafür hat, wie lange er geschlafen hat. Wenn nun unser Kranker das dennoch thut, so könnte man denken, dass er einfach rät und sich dabei nach seinem prospektiven Zeitgefühl richtet, d. h. je nachdem ihm augenblicklich die Zeit lang oder kurz erscheint. Daher überschätzt er die Zeiträume in der Klinik und unterschätzt sie zu hause bei der Arbeit.

Zweiter Fall.

Paul Wuttschke, Maurerpolier, ist 41 Jahre alt. Er ist erblich nicht belastet. Seit Jahren potator. Er war früher gesund, war Soldat, hat den Feldzug 1870/71 mitgemacht. Seit 14 Jahren ist er verheiratet und hat zwei lebende, gesunde Kinder. Luctische Infektion wird in Abrede gestellt. Vor 6 Jahren stellte sich, ohne dass gleichzeitig andere Krankheitssymptome beobachtet wurden, eine Herabsetzung des Sehvermögens ein, die im Verlaufe einiger Monate zur totalen Blindheit führte. Im Sommer 1888 fiel den Angehörigen der unsichere Gang des Kranken auf; derselbe klagte über Schwäche in den Beinen und bediente sich eines Stockes beim Gehen; ausserdem stellten sich Schwindelanfälle und ein abnormes Schlafbedürfnis ein. Nachdem diese Erscheinungen sich schon gebessert hatten, trat am 30. Dezember 1888 ohne besondere Prodromalsymptome ein *Delirium tremens* auf. Er scheint ganz unorientiert gewesen zu sein, glaubte Hunde

[1]) Wundt: Physiologische Psychologie. Leipzig.

Pferde und andere Tiere im Zimmer zu haben, zeigte eine grosse, motorische Unruhe und grössere Affekte der Angst und des Zornes. Er wurde schliesslich so laut, dass ihn die Frau am 8. Januar 1889 in Hospitalpflege geben musste. Eine Gedächtnisschwäche war der Frau nicht aufgefallen.

Bei der Aufnahme bot er folgenden Status dar: Grosser, kräftig gebauter Mann, ohne besondere Organerkrankung. Totale beiderseitige Amaurose; keine Spur von Lichtempfindung. Der Augenspiegelbefund ergiebt ausgesprochene weisse Atrophie beider *nervi optici*. Augenbewegungen intakt. Keine Lichtreaktion. Der Gang unsicher, schwankend; er tritt mit der Ferse zuerst auf ohne auffälliges Stampfen. Sehr deutliches Rombergsches Phaenomen: er schwankt beim freien Stehen und fällt um. Fehlen der Patellarreflexe. Die Ataxie nicht sehr hochgradig, aber doch deutlich. Motilität und Sensibilität ohne auffallende Störungen. Geringer Tremor der Zunge und der Finger. Keine Sprachstörung. Kot und Urin lässt er unter sich.

Patient deliriert heftig. Bald glaubt er sich in der Kneipe zu befinden und bezeichnet den Arzt als den Restaurateur, bald wähnt er bei der Arbeit zu sein, nennt den Arzt seinen Kameraden und fordert ihn auf, Feierabend zu machen und dergleichen. Die Halluzinationen scheinen ausschliesslich den Gehörssinn zu betreffen und sind recht lebhaft: Er hört die verschiedensten Tierstimmen (Ochsen, Pferde, Kühe, Schweine) und die Stimmen seiner Angehörigen. Der Inhalt derselben ist stets harmloser Natur („sie unterhalten sich halt") und sie werden meist nicht deutlich verstanden. Sensationen aller Art: ein Nagel im Fuss, ein Strick um das Bein, Wasser unter dem Kopf und dergleichen lassen ihn manchmal nicht zur Ruhe kommen. Öfter zeigt er grössere Affekte: Er ist ärgerlich, dass die Frau und die Kinder, die er ruft, nicht kommen, oder dass man ihn festbindet und dergleichen, und gerät manchmal dabei in eine blinde Wut und solchen Zorn, dass er in den Wärter, oder wer sonst bei ihm steht, hineinschlägt und heftig schimpft, Wäsche zerreisst u. s. w. Der Schlaf ist schlecht: er deliriert Tag und Nacht. Es ist nicht leicht, ihn zu fixieren; meist ist er so unaufmerksam, dass er die Fragen überhört oder nur einzelne Worte auffasst, die er als Antwort nachspricht. Gelingt es aber seine Aufmerksamkeit zu fixieren, so erhält man ganz richtige Auskunft über alle persönlichen Verhältnisse; er weiss aber nicht, wo er ist, und giebt meist an, zu hause bei seiner Frau zu sein: „die muss wohl im Nebenzimmer sein, Pauline, komm mal herein". Alle Ereignisse, ungefähr seit der Zeit seiner Erkrankung, sind ihm entschwunden; über alle früheren Ereignisse spricht er mit leidlich gutem Urteil. Er hält sich nicht für krank und will auch ganz gut sehen können. Zu erwähnen ist, dass mitunter, wenn auch nur ganz vorübergehend, Momente kommen, in denen Patient bis zu einem gewissen Grade

orientiert erscheint: er giebt dann an, im Krankenhause zu sein und nichts sehen zu können und erkennt den Arzt als solchen.

Im Laufe der folgenden Monate änderte sich das Krankheitsbild insoweit, als die Halluzinationen und Sensationen seltener wurden, aber nicht ganz schwanden, und die motorische Unruhe geringer wurde; die Zornaffekte stellten sich etwas häufiger ein; der Gang wurde etwas sicherer. Ferner zeigte sich eine allmählich zunehmende Bronzefärbung der Haut, die schliesslich einen solchen Grad erreichte, dass der Kranke einem Mulatten glich. Diese Verfärbung der Haut erstreckte sich über den ganzen Körper und entwickelte sich auch auf der Schleimhaut der Lippen und des Mundes, während Handteller und Fusssohlen etwas heller blieben und Sclera und Nägel garnicht affiziert wurden. In dieser ganzen Zeit blieb nun der Kranke desorientiert über Ort, Zeit und Umgebung, gab aber über seine persönlichen Verhältnisse gute Auskunft. Sein Gedächtnis wurde sichtlich noch schlechter; es fehlten ihm nun schon viele Ereignisse, die weit vor seinem Krankheitsbeginn liegen. Frische Eindrücke wurden unter der Hand vergessen, z. B. Zahlen, die er sich merken sollte, der Besuch des Arztes, die Mahlzeiten (er vergass sogar manchmal weiter zu essen) und dergleichen, und eine Übung des Gedächtnisses war gänzlich ausgeschlossen. Sämtliche Personen und Örtlichkeiten blieben ihm fremd (bezw. er verkannte sie bald so, bald so). Die Zeiträume wurden ganz unsinnig abgeschätzt, die Zeit selbst falsch angegeben. Seine allgemeine Intelligenz war dabei immer noch leidlich. Ein in dieser Zeit fallendes Examen ergab folgendes:

Wo sind Sie hier? — In der Glasfabrik in Alt-Jauer. Später antwortete er auf dieselbe Frage: Beim Schuhmachermeister Fischer auf Schlafstelle, dann wieder: es ist Mobilmachung, da bin ich eingezogen, denn es soll Krieg werden.

Was ist das hier für ein Haus? — Ein Fabrikgebäude.

Wozu sind Sie hier? — Um zu arbeiten.

Was sind Sie? — Maurerpolier.

Wer bin ich (Arzt): Der Herr Baumeister (später): der Herr Leutnant.

Wo ist denn Ihre Familie? — Die ist hier bei mir (ruft seine Frau und Kinder und wird sehr ärgerlich, dass sie ihm nicht antworten).

Bei wem haben Sie zuletzt gearbeitet? — Beim Mauermeister X.

Was haben Sie dort gearbeitet? — Anlegen von Steinen, ich habe die Arbeit nur angegeben als Aufseher.

Waren Sie da mehr, wie die Anderen? — Nein, ich bin einfacher Polier.

Wie viel haben Sie verdient? — Die Stunde 30, auch 35 Pfg.

Wie viel Stunden haben Sie gearbeitet? — 12 Stunden.

Wie viel haben Sie da täglich verdient? — 1 Thlr. 6 Silbergr. auch 12 Silbergr.

5×12? — = 60.

12×100? — = 1200.

10×500000? — = 5 Millionen.

Er wird aufgefordert zu schreiben: er schreibt trotz der Blindheit sicher und fest, gut orthographisch.

Wie lange sind Sie verheiratet? — 12 Jahre (in Wahrheit 14 Jahre).

Er giebt nun sein Alter, die Zahl seiner Kinder falsch an; er glaubt ferner, noch vor 3 bis 4 Wochen gearbeitet zu haben, weiss das Datum nicht, weiss nichts von seinen Halluzinationen, nichts von seiner allmählichen Erblindung, während er guten Bescheid giebt über die frühere Zeit, z. B.:

Wo sind Sie getraut worden? — In der Bernhardinkirche.

Wo waren Sie zuletzt, ehe Sie aus dem Feldzuge kamen? — Vor Paris.

Wann sind Sie damals vom Militär entlassen worden? — März 1872.

Im weiteren Verlaufe nahm das Gedächtnis immer weiter ab: alle ihm ferner liegenden Dinge hatte er vergessen; er wusste nicht mehr, wann die Schlacht bei Sedan war, was daselbst geschah u. s. w. Viele Fehler, die er in seinen Antworten machte, bemerkte er im Gegensatz zu früher gar nicht mehr, z. B.: „wir leben jetzt im Jahre 1878, ein Jahr nach dem grossen Kriege gegen Frankreich.“ Ferner hatten sich allmählich Grössenideen eingestellt und zwar unter dem Bilde von phantastischen blödsinnigen Konfabulationen. Er erzählte besonders von dem Kriege, z. B.: er habe als Oberst in Paris die ganze Revolution gesehen, und jetzt sei er der Kaiser Friedrich, dort stehen seine Bedienten und hier sei sein Schloss und dergleichen mehr, oder von abenteuerlichen Reiseerlebnissen, z. B.: Vor 14 Tagen sei er in Ostindien gewesen, 10 Tage lang sei er mit der Eisenbahn dahin gefahren; in Ceylon habe er im Hotel „Zur Stadt Breslau“ gewohnt. Tiger und Krokodile habe er dort gesehen von über Kilometer Länge, und sein Sohn habe da grosse Zeichnungen aufgenommen u. s. f. Diese Konfabulationen, welche das erste Mal etwa im Mai 1889 beobachtet wurden, kontrastierten, besonders in der ersten Zeit sehr mit seinen sonstigen korrekten Angaben. Sie traten meist ganz unvermittelt und überraschend, manchmal inmitten einer geordneten Unterhaltung ein, bei der er soeben richtige Auskunft über alle möglichen persönlichen Dinge gegeben hatte. Mitunter konnte man sie hervorrufen, indem man das Gespräch auf diese Themata (Krieg und Reisen) brachte.

Halluzinationen und Sensationen waren noch bis zuletzt, wenn auch selten, zu beobachten. Die Stimmung war im Ganzen reizbar, und häufige Affektausbrüche liessen ihn mitunter recht gewaltthätig und laut werden. — Die Bronzefärbung der Haut blieb bestehen. Weitere körperliche und nervöse Symptome hatten sich nicht gezeigt. Der Gang hatte sich gebessert.

In diesem zweiten Falle haben wir also wieder eine alkoholische Psychose, die sich nicht in die gewöhnlichen Formen der Alkohol-Psychosen rubrizieren lässt. — Dieser Kranke, welcher an Tabes und weisser Sehnervenatrophie leidet, erkrankt plötzlich am *Delirium tremens*. Dieses Delirium ist nun nach Jahresfrist nicht geheilt; nur die Halluzinationen und Sensationen und die motorische Unruhe sind geringer geworden. Gleichzeitig bildet sich eine rasch zunehmende Gedächtnisstörung aus, die zuerst nur die frischen Eindrücke umfasst, sehr bald aber erheblichere Defekte setzt. Damit geht einher eine allgemeine Herabsetzung der Intelligenz. Die Sphäre der Persönlichkeit ist ca. ein halbes Jahr lang intakt, dann aber treten eigentümliche Grössenideen auf, welche sich nur auf phantastische, unsinnige Konfabulationen beschränken.

Also das *Delirium tremens* ist nicht, wie gewöhnlich, nach einigen Tagen zur Heilung gelangt, sondern ist chronisch geworden. Ein besonderer Beweis, dass es sich im weiteren Verlaufe um denselben Prozess, wie beim *Delirium tremens,* nämlich um delirante Vorstellungen handelt, braucht nicht geführt zu werden, da ja alle Symptome des *Delirium tremens*, auch die begleitenden (Halluzinationen, Sensationen, Affekte u. s. w.), durch die ganze Krankheit andauern.

Dieses Bild eines chronischen Deliriums ist aber nur etwa in den ersten fünf Monaten völlig rein, denn in der zweiten Hälfte des Krankheitsverlaufes zeigt sich, mit einer Verschlimmerung der Gedächtnisstörung Schritt haltend, das Bewusstsein der Persönlichkeit nicht mehr intakt. Dieser Ausgang erweckt aber in seiner merkwürdigen Form der phantastischen Confabulationen den Verdacht einer Paralyse. Man würde sich dann vorzustellen haben, dass zu einem chronischen Delirium — denn in den ersten Monaten hatte ja das Krankheitsbild nicht den geringsten paralytischen Beiklang — eine sogenannte Alkoholparalyse oder auch eine gewöhnliche progressive Pararalyse hinzugetreten ist. Gegen die Alkohol-Paralyse spricht,

dass gerade die von einigen Autoren[1]) als charakteristisch für dieselbe angegebenen Symptome hier fehlen; das sind der akute Verlauf (bei unserem Falle besteht der Zustand schon über sechs Monate), der starke und meist universelle Tremor (welcher hier nur sehr gering und lokalisiert ist), apoplektische und epileptiforme Anfälle, An- und Hyperästhesieen (welche hier gänzlich fehlen). Auch, wenn man eine progressive Paralyse als eine zufällige Komplikation des chronischen Deliriums annimmt, würde es sich um eine ungewöhnliche Form handeln: Der Kranke hat keine Sprachstörung, keine Anfälle, keine Euphorie, die Grössenideen werden nur in jener Form der phantastischen Delirien geäussert, sonst nicht; eine eigentliche Progression besteht auch nicht, denn seit Beginn der fraglichen Paralyse hat sich nichts Wesentliches geändert.

Die Frage nach der Ursache der Chronizität des Deliriums lässt sich, wenn man nicht annehmen will, dass die durch den Alkohol gesetzte Schädlichkeit von vornherein einen schweren, chronischen Prozess hervorgerufen habe, vielleicht dahin beantworten, dass 1. durch die Gedächtnisschwäche, wie im vorigen Falle, 2. aber durch die Blindheit des Kranken die Korrektur der falschen Orientierung erschwert wurde. Auf letzteres weist auch die Erfahrung hin, dass beim Delirium nach Staaroperationen die Kranken sehr schnell ihre Orientierung wiedergewinnen, wenn man sie ihres Verbandes entledigt bezw. in ein helles Zimmer bringt.

Bemerkenswert dürfte auch in diesem Falle sein, dass die Gedächtnisschwäche wenigstens eine Zeit lang nur die frischen Eindrücke seit Krankheitsbeginn trifft, und dass erst allmählich der Schwund der Erinnerungsbilder weiterrückt und damit gleichzeitig eine allgemeine Intelligenzabnahme setzt.

Interessant ist bei diesem Kranken auch das Auftreten der Bronzefärbung, welche, an und für sich selten,

[1]) Schüle: v. Ziemssens Handbuch, Bd. XVI — und Krafft-Ebing: Lehrbuch der Psychiatrie.

hier eine ganz besondere Intensität aufweist und überdies irgend welche anderen Symptome der Addisonschen Krankheit, also eine progressiv auftretende Anämie und Schwäche u. s. w. vermissen lässt. *Sectio docebit.*[1]) Auf das gleichzeitige Auf-

[1]) Durch die Güte des Herrn Dr. Lissauer, welcher mir das betr. Protokoll freundlichst zur Verfügung stellte, bin ich in der Lage, den Sektionsbefund des inzwischen gestorbenen Kranken zuzufügen:

Gestorben am 25. Februar 1890. 15 St. p. m.

Schädeldach mittelschwer.

Dura im Allgemeinen schlaff, vorn am meisten. *Sinus* enthalten Gerinnsel.

Am herausgenommenen Gehirn fällt zunächst die vollständige graue Degeneration beider *optici* auf; ferner an den beiden Hemisphären eine fingerkuppen grosse, eingesunkene Stelle hinter den Zentralwindungen, der Interparietalfurche entsprechend, beiderseits symmetrisch gelegen. Eine Herderkrankung scheint jedoch hier nicht vorzuliegen.

Pia wasserreich, in der vorderen Hemisphärenhälfte mässig getrübt und verdickt, teils diffus milchig, teils punktförmig.

Gefässe der Basis: Carotiden etwa normal weit. *Communicans post.* rechts durchgängig, ziemlich weit; links weiss, bucklig, unregelmässig, die Innenwand verdickt, das Lumen stark verschmälert. *Vertebralis* weiss, starr; plaquesförmig verdickte Intima. Basilaris stellt ein relativ sehr enges, weisses, buchtig konturiertes Rohr dar; beim Aufschneiden erweist sie sich in ihrer hinteren Hälfte ganz undurchgängig. Die *art. foss. Sylv.* enthalten beide scharf begrenzte atheromatöse Stellen, die rechte nur kleine Flecken, die linke eine cr. 1 cm lange Partie, welche dem oben erwähnten Zustand der *Vertebralis* entspricht; beide sind jedoch samt ihren Verästelungen überall durchgängig.

Makroskopische Veränderungen finden sich an den Ästen zweiter Ordnung nicht.

Der Stamm wird ausgeschält. Die Ventrikel sind entschieden etwas erweitert. *Ependym* am Kopf des *nucl. caudat.* leicht granuliert.

Sehhügel an ihrer oberen Fläche z. T. grau, besonders der rechte Sehhügel; doch betrifft diese Atrophie des Stratums mehr die vordere innere Hälfte des Thalamus, als gerade das Pulvinar, welches noch ziemlich weiss ist. Im Ganzen sind beide Sehhügel sehr klein, was den sehr mächtig entwickelten *Corp. striat.* gegenüber besonders auffällig ist. Die Konsistenz ist, wie die des ganzen Stammes, eine schlechte; bei der Präparation reissen die Vierhügelarme etwas ein. Beide *optici* samt dem ganzen Chiasma grau gelatinös; auch nicht ein Faserzug scheint erhalten. *Tracti opt.* nur als ganz dünne, gelbliche,

treten einer Gedächtnisschwäche und *morbus Addisoni* weisen einzelne Autoren, z. B. Krafft-Ebing hin.

Dritter Fall.

Der Arbeiter Aug. Schoelzel, 52 Jahre alt, ist hereditär nicht belastet und früher stets gesund gewesen. Seit 1863 verheiratet, hat er keine Kinder; die Frau hat wiederholt abortiert. Lues wird in Abrede gestellt. Er war als Kesselschmied beschäftigt und ist dabei schwerhörig geworden. Er ist als *potator strenuus* bekannt. Besondere Symptome des chronischen Alkoholismus fielen der Frau zunächst nicht auf. Aber im März 1884 stellten sich folgende Erscheinungen ein: Schwindel, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Appetitmangel, Reizbarkeit der Stimmung, eine geringe Benommenheit, „Musik im Kopfe". Er kam selbst in das Krankenhaus. Dort brach nach wenigen Tagen ein Delirium aus, welches von vornherein einen sehr ruhigen Charakter zeigte: der Angstaffekt war sehr gering, die Halluzinationen ganz sporadisch, eine besondere motorische Unruhe bestand garnicht, der Tremor war nur angedeutet. Deutlich zu Tage trat nur die Desorientiertheit: er glaubte zu hause zu sein, rief nach seinen Angehörigen, verkannte verschiedene Kranke als seinen Bruder und dergleichen und weckte diese in der Nacht, es sei Zeit zum Aufstehen. Ferner fiel schon damals eine starke Gedächtnisschwäche auf: die Personen seiner Umgebung blieben ihm zum grössten Teile fremd; er wusste nicht, wie lange er von hause fort ist, fand das Kloset nicht u. s. w. Dieser

---

zerfliessliche Streifen vorhanden. *Corp. genic. ext.* grau, scharf begrenzt. Vordere Vierhügelarme rechts bis auf einen schmalen weisslichen Streif atrophiert, links überhaupt kaum mehr zu erkennen. *Corp. genic. int.* und hintere Vierhügelarme durchaus gut erhalten.

Vier Ventrikel ependymär granuliert.

Eine Erweichung in der Gegend des Pons und Oblong entsprechend der Obturation der basilaris ist äusserlich nicht zu konstatieren. — Das Präparat bleibt zunächst ganz.

Im Rückenmark durch die ganze Länge eine sehr starke graue Degeneration der Hinterstränge, am Lenden- und unteren Brustmark den ganzen Querschnitt betreffend, der auffälligerweise trotzdem nicht so sehr stark geschrumpft ist, wie man sonst bei vorgeschrittener Tabes sieht. Starke meningitische Veränderungen auf der Dorsalseite. bestehend in schwartigen Verdickungen und weisslicher Trübung der *Pia mater*. Konsistenz des Rückenmarks sehr weich.

Gewicht des Gehirns: 1380 (Hemisphären 1112, Stamm 130, Kleinhirn 138).

Sonstiges Sektionsergebnis: Tuberkulose der Lunge. Tuberkulose und Vergrösserung der Nebennieren.

Zustand bestand mehrere Monate ziemlich unverändert, und als er nach $4^1/_2$ Monat das Krankenhaus verliess, war er nicht gesund. Zu hause ging es nun in derselben Weise weiter: er konnte zu keiner komplizierten Arbeit verwendet werden und nur kleinere Gelegenheitsdienste machen, verlief sich zuweilen auf der Strasse, vergass, wo er sich befand und was er vorhatte. Er wurde immer stumpfer gegen alle äusseren Eindrücke und immer egoistischer; um seine Frau kümmerte er sich garnicht mehr und trank immer von neuem. Besondere Affekte traten nicht auf. Dazwischen zeigten sich nun sehr häufig delirante Vorstellungen: er glaubte bei der Arbeit in der Kesselschmiede, in der Fabrik zu sein und wollte mitten in der Nacht zur Arbeit gehen. Paranoische Äusserungen wurden nie konstatiert. Ein Stärkerwerden des Schwindelgefühls, die Verringerung des Sehvermögens, das Schwächegefühl der unteren Extremitäten, das Auftreten von *Enuresis nocturna* und endlich das deutlichere Hervortreten der Delirien veranlassten sowohl im Jahre 1885, als auch 1887 einen erneuten, mehrmonatlichen Aufenthalt im Hospital. Am 6. Mai 1889 erschien er zum vierten Male in der psychiatrischen Klinik zu Breslau.

Sein Status bei der letzten Aufnahme, der bis heute kaum eine Veränderung erfahren hat, zeigt folgendes:

Kleiner, wohlgenährter Mann. Kongestioniertes Gesicht. Stupider Ausdruck. Völlige Blindheit des rechten Auges. Herabsetzung der Gehörsfähigkeit, rechts stärker als links. Der Ohrenspiegel zeigt keine Symptome einer gröberen, peripheren Erkrankung. Die Körperhaltung ist schlaff, der Gang unsicher schwankend: Patient taumelt bald nach rechts, bald nach links. Augenbewegungen coordiniert und ausgiebig. Patellarreflexe beiderseits auffallend lebhaft. Keine gröbere motorische und sensible Störung. Patient zeigt grosse Intelligenzdefekte: Sein Gedächtnis, sowohl für frische Eindrücke, als auch für ferner liegende, weist sehr bedeutende Lücken auf. Er kann kaum 6×7 rechnen (er fängt dabei an: $1 \times 7 = 7$, $2 \times 7 = 14$ und kommt nicht über 3×7 hinaus). Die Oder gehe von Breslau nach Berlin und dann nach Russland; der deutsche Kaiser heisse Franz Joseph; er weiss nicht, dass Schlesien zu Preussen gehört u. s. f. Etwas besser sind ihm die Dinge, die ihn ganz nahe angehen, im Gedächtnis geblieben z. B. die Namen der Meister, bei denen er gearbeitet hat, seine frühere Wohnung, Namen seiner Frau, Geburtstag derselben u. s. w. Bei Fragen inbezug auf seine Orientierung stellt sich heraus, dass er gut orientiert ist inbezug auf seine Persönlichkeit: er giebt über seinen Beruf, seine Familienverhältnisse, Höhe seines Verdienstes u. s. w. gute Auskunft, soweit ihn die Gedächtnisdefekte nicht daran hindern, jedenfalls nie falsche Auskunft etwa in Form von Grössenideen. Er zeigt sich aber mangelhaft orientiert inbezug auf Ort, Zeit und Umgebung: er findet sich weder im Zimmer oder im Garten zurecht

und bedarf einer beständigen Leitung, noch weiss er das Datum und die Jahreszahl und dergleichen, noch kennt er die einzelnen Personen seiner Umgebung. Er zeigt sich endlich falsch orientiert. Auf die Frage: „Wo sind Sie hier?“ antwortet er: „In Morgenau (ein Ort bei Breslau), er gehe dort spazieren, oder: am Oberschlesischen Bahnhof, dort sei er in der Remise beschäftigt“ und dergleichen. Seine Umgebung verkennt er dementsprechend: die Kranken und Wärter sind seine Kollegen, die je nachdem mit ihm zusammen eines trinken oder arbeiten wollen. Seine Stimmung ist etwas euphorisch: es gefalle ihm recht gut und er sei sehr zufrieden. Ein gewisses Krankheitsgefühl spricht sich in seinen Angaben aus: „Da im Kopfe ist was nicht richtig, dann sehe und höre ich schlecht, das wird aber wieder besser werden“. Er besitzt ferner eine Krankheitseinsicht in seine Gedächtnisschwäche und seine mangelnde Orientirung, denn er sagt: „Das weiss ich meiner Seele nicht mehr, so genau kann ich mich nicht besinnen; Sie fragen mich zu schwer,“ und „ich kümmere mich nicht so um die Leute hier, und da weiss ich nicht genau, was die eigentlich machen.“ Er besitzt aber keine Einsicht in seine deliranten Vorstellungen. Wenn er behauptet, in der Fabrik zu sein und dergleichen, so lässt er sich nicht recht davon abbringen. Er verhält sich ganz ruhig und ist frei von Affekten. Halluzinationen und Sensationen lassen sich nicht konstatieren.

Wir haben es also auch in dem eben behandelten Falle mit einem chronischen Alkohol-Delirium zu thun. Dieser Kranke ist ein exquisites Beispiel von chronischer Alkoholkachexie, besonders in bezug auf die psychischen Symptome: Wir sehen die progressive Abnahme der intellektuellen Sphäre (Gedächtnis- und Urteilsschwäche) und eine allgemeine Gemütsstumpfheit deutlich ausgeprägt. Die sich entwickelnde Psychose ist ein *Delirium tremens*, welches von vornherein keinen akuten Charakter zeigt und in seinem charakteristischen Symptome, den deliranten Vorstellungen, mehrere Jahre hindurch bis heute persistiert. Die delirante Vorstellung hebt sich hier sehr deutlich von der mangelnden Orientierung des Kranken ab, welche ihn nur sich nicht zurechtfinden lässt und welche auf der Schwächung der Intelligenz basieren dürfte.

Dieselbe Schwäche der Intelligenz und des Gedächtnisses könnte auch hier wieder zur Erklärung für die Chronizität des Verlaufes in Anspruch genommen werden: die Korrektur der deliranten Vorstellung wird dadurch erschwert.

Vierter Fall.

Adolf Steinig, Klempnergeselle, ist 39 Jahr alt. Da der Patient ganz allein dasteht, konnte ich über seine Vergangenheit nichts eruieren. Er hat zuletzt in einer Fabrik gearbeitet. Er soll schon seit langer Zeit (seit Jahren) „konfuse“ und unorientiert sein, zuletzt derart, dass er seine Arbeit nicht mehr ordentlich machte; unruhig soll er nie gewesen sein. Ob er früher das *Delirium tremens* durchgemacht hat, wissen seine Kollegen nicht; im Hospital ist er nie gewesen. Er ist als starker *potator* bekannt. Seine Aufnahme in die psychiatrische Klinik zu Breslau erfolgte am 18. Juli 1889.

Er ist ein mittelgrosser, mässig gutgenährter Mann mit gesunden Organen ohne gröbere nervöse Symptome. Nur das rechte Auge ist fast blind; er unterscheidet noch hell und dunkel; *Strabismus convergens oculi dextri*, nach seiner Angabe seit Kindheit bestehend. Er ist etwas unstet in seinem Wesen und zerstreut. Bei der Unterhaltung fallen zunächst bedeutende Gedächtnisdefekte auf. Wie weit dieselben zurückgehen, lässt sich nicht genau feststellen, da keine anamnestischen Daten vorliegen. Jedenfalls ist er gut unterrichtet von einzelnen Ereignissen, die vor ca. vier Jahren stattgefunden haben, und hat andererseits keine Ahnung von der Krankheit Kaiser Friedrichs, dem Tode Kaiser Wilhelms u. s. w. Frische Eindrücke haften so gut wie garnicht. Keine einzige Person seiner Umgebung erkennt er wirklich wieder; Zahlen vergisst er nach ganz kurzer Zeit; von der eben stattgehabten Unterhaltung weiss er nach wenigen Minuten nichts mehr; er ist nicht im stande, irgend etwas auswendig zu lernen; nur einige wenige Örtlichkeiten hat er sich behalten. Die Zeiträume schätzt er ganz unsinnig ab. Alle Eindrücke aus früherer Zeit stehen aber der Reproduktion prompt zur Verfügung, sodass er eine recht gute Intelligenz zeigt: Er liest, rechnet und schreibt schnell und richtig, ist in politischen Ereignissen aus früherer Zeit, Geographie u. dergl. ganz gut bewandert. Ueber die Bedeutung der verschiedensten Gegenstände giebt er guten Bescheid, erkennt z. B. das Laboratorium, Mikroskope, das Sthetoskop u. dergl. als solche.

Über seine Persönlichkeit (Beruf u. s. w.) ist er gut orientiert, ohne jede Spur von Wahnideen. Dagegen zeigt er über Ort, Zeit und Umgebung eine falsche Orientierung. Bald glaubt er in Posen eingezogen, bald auf dem Wege nach dem Kirchhofe, wo seine Mutter begraben liege, bald bei einer Soldatenfestlichkeit, bald im Empfangsgebäude des Bahnhofs zu Freiburg zu sein; bald kommt er von der Arbeit und ist auf dem Wege nach hause bei einem Bekannten eingekehrt u. dergl. Seine Umgebung hält er meist für Soldaten: Unteroffiziere, Sergeanten u. dergl. oder für Bekannte u. s. w. Dabei merkt er manchmal spontan, dass seine Umgebung aus Kranken bestehe und meint dann: „Die sind wohl hier im Lazarett?“ Datum und Jahr

gang giebt er stets falsch an, meist sagt er: 1876, doch auch anders: 1885 u. dergl. Sein Alter berechnet er daraus falsch (sein Geburtsjahr weiss er immer genau). Er ist stets „eben erst", „vor einigen Stunden", „heute Morgen" hierhergekommen, denn er könne sich nicht erinnern, hier geschlafen zu haben. Dabei ist er dann stets bereit, lange Geschichten zur Erklärung zu erzählen, z. B. schildert er die Eisenbahnfahrt nach Posen, die Ankunft auf dem Bahnhof u. s. w., offenbar genau so, wie er es früher einmal erlebt hat. Wenn man ihn auf das Falsche seiner Vorstellung aufmerksam macht, ist er zunächst mit einer Ausrede bei der Hand; es gelingt aber relativ leicht, ihn zu überzeugen. Freilich hat er schon nach wenigen Minuten Alles vergessen und deliriert in der alten Weise fort. Es wird ihm z. B., um ihn über die Jahreszahl zu belehren, das Zeitungsdatum vorgelegt: er meint, das könne ein Druckfehler sein. Darauf wird ihm der Poststempel einer ganzen Reihe von Briefen aus diesem Jahre gezeigt: Er giebt zu, da müsse jetzt doch 1889 sein, er habe sich vorher geirrt. Ebenso genügt es, ihm vom Fenster aus einige Türme der Stadt zu zeigen, um ihn zu überzeugen, dass er in Breslau sei. Aber nach noch nicht 5 Minuten befindet er sich wieder in Posen und lebt im Jahre 1876.

Er hat ein entschiedenes Krankheitsgefühl: er nennt sich selbst zerstreut und vergesslich und entschuldigt damit seine Irrtümer. — Seine Stimmung war stets gleichmässig, ohne jeden Affekt. Halluzinationen und Sensationen wurden nicht beobachtet. Der Kranke wurde zu verschiedenen Arbeiten verwendet, wobei er sich gut anstellte.

Das Krankheitsbild blieb bis heute im wesentlichen durchaus unverändert.

Es folgt ein Examen aus dem Monate Oktober 1889.

Wie alt sind Sie? — 36 Jahre (in Wahrheit 40 Jahre).

Was ist jetzt für ein Jahr? — 1876. Er wird darauf aufmerksam gemacht, dass das nicht stimmen könne. Er rechnet nun für sich und meint: „Da wäre ich 27 Jahre, aber das kann nicht sein oder da muss es halt doch stimmen, ja, ja, ich bin 27 Jahre alt." Es wird ihm gesagt, dass jetzt 1889 sei. — „Nehmen Sie mir das nicht übel, ich bin eben sehr zerstreut, da bin ich also 40 Jahre, ja das stimmt."

Wo sind Sie hier? — Augenblicklich in einem Fort zu Posen zur Übung, da schaffen wir die Feuerungsmaterialien herein.

Wie lange sind Sie hier? — Seit heute Morgen. Mir ist so, als ob wir heute früh gekommen wären und gleich angefangen hätten zu arbeiten, denn ich kann mich nicht entsinnen, dass wir hier geschlafen hätten.

Wo kommen Sie her? — Wir müssen wohl aus dem Quartier im Elsass kommen, denn käme ich aus Breslau, da würde ich mich doch besinnen.

Kennen Sie den (Wärter)? — Ja, das ist hier der Unteroffizier.

Was sind Sie? — Klempnergeselle.

Wo haben Sie gearbeitet? — Zuletzt war ich stellungslos und habe bald hier, bald dort ausgeholfen. Vorher habe ich beim Klempnermeister X. gearbeitet.

Wie viel haben Sie verdient? — 4 Thlr. 20 Böhm, auch 5 Thlr. 20 Böhm die Woche.

Haben Sie gedient? — Als Ersatz-Reservist war ich 1871 eingezogen und habe die Belagerung von Bitsch in Elsass-Lothringen mitgemacht.

Haben Sie das eiserne Kreuz bekommen? — Nein, nur die gewöhnliche Denkmünze.

Wann kamen Sie aus dem Kriege zurück? — Ich kam erst nach Posen und wurde im März oder April 1871 entlassen.

Unter welchem Kaiser haben Sie gedient? — Unter Kaiser Wilhelm I.

Lebt Kaiser Wilhelm I. noch? — Ja, soviel ich weiss, ist er 87 Jahre alt.

Vom Kaiser Friedrich u. s. w. weiss er nichts. Es folgen eine Anzahl detaillierter, die Kriege 1864, 1866 und 1870/71 betreffenden Fragen, ferner Fragen über die Staatsverfassung, Fragen aus der schlesischen Geographie, welche der Kranke sämtlich richtig und schnell beantwortet. $13 \times 15 = 195$ wird sehr schnell im Kopfe gerechnet.

Dieser vierte Fall ist ein relativ sehr reiner Fall eines chronischen Alkohol-Deliriums. Die einzige Komplikation bildet die Gedächtnisschwäche; der Kranke ist recht intelligent, das Bewusstsein der Persönlichkeit hat sich absolut intakt gezeigt, so lange der Fall beobachtet wurde. Halluzinationen, Sensationen und Affektzustände sind garnicht aufgetreten.

Ferner zeigt der Fall recht deutlich, welchen Einfluss die Gedächtnisschwäche auf die Korrektur der deliranten Vorstellungen, d. h. also auf die Heilung des Deliriums hat. Der Kranke hält nicht sehr fest an seinen Ideen (im Gegensatz zum ersten Fall) und ist daher leicht zu überzeugen; er korrigiert sich sogar mitunter selbst. Infolge der Gedächtnisschwäche vergisst er aber immer wieder, was er korrigiert hat, sodass die delirante Vorstellung wieder von neuem ungehindert auftreten kann.

Es bedarf wohl keiner Erörterung, dass keineswegs in allen Fällen, bei denen eine grössere Gedächtnisschwäche oder Blindheit, wie in den vier beschriebenen Fällen, ein *Delirium tremens* kompliziert, ein chronisches Delirium entsteht, und ebenso ist es klar, dass auch viele andere Momente event. die Heilung eines *Delirium tremens* hintanhalten können.

Man spricht sodann von protrahierten Delirien. Solche Kranke pflegen nach mehrwöchentlichem Delirium entweder zu sterben und zwar an irgend einer Komplikation, z. B. Pneumonie oder zur Heilung zu gelangen. Man hat zumeist keinen rechten Grund für die längere Dauer solcher Delirien finden können. Von einigen Autoren wird angenommen, dass gewisse Alkoholarten, besonders die Amylverbindungen, nicht nur im Allgemeinen verderblicher wirken, sondern auch speziell protrahierte Delirien erzeugen. In manchen Fällen, in denen erschöpfende körperliche Erkrankungen oder hohes Fieber u. dergl. zum Delirium hinzutreten und letzteres eine protrahierte Form annimmt, wird es fraglich werden, ob es sich noch um ein reines alkoholisches oder nunmehr um ein Erschöpfungs- oder Fieberdelirium u. s. w. handelt. Das gleiche gilt für die Komplikation durch Epilepsie, wobei aber der eigentliche Charakter des epileptischen Deliriums mehr oder minder deutlich hervorzutreten pflegt.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer und früheren Chef, Herrn Medizinalrat, Prof. Dr. Wernicke, für die Anregung zu dieser Arbeit und die liebenswürdige Überlassung des Materials meinen aufrichtigsten und ergebensten Dank auszusprechen.

Thesen.

1. Das Auftreten von Halluzinationen schliesst nicht an und für sich eine Geistesstörung im gewöhnlichen Sinne in sich.
2. Die sogenannte Verrücktheit (*Paranoia*) ist keine einheitliche Krankheitsform.
3. Die Katatonie ist eine besondere Psychose, welche weder mit den affektiven, noch mit den intellektuellen Geistesstörungen zu identifizieren ist.

Lebenslauf.

Ich wurde am 10. Oktober 1863 zu Breslau als Sohn des Kaufmanns Moritz Kiefer geboren und bin jüdischer Religion. Ich besuchte das Johannes-Gymnasium in Breslau, welches ich Michaelis 1883 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Im Oktober desselben Jahres wurde ich bei der medizinischen Fakultät der Universität Breslau immatrikuliert und bestand daselbst am 22. Juli 1885 das *Tentamen physicum*. Im Sommer 1886 studierte ich in Berlin. Hierauf kehrte ich an die Universität Breslau zurück und absolvierte im Prüfungsjahre 1887/88 das Staatsexamen. Am 9. Juli 1888 bestand ich das *Tentamen rigorosum*. Vom 1. Oktober 1888 bis zum 1. Oktober 1889 fungierte ich als Assistenzarzt an der Königl. psychiatrischen Klinik zu Breslau, an welcher ich schon früher als Klinizist in der Stellung eines Unterassistenten ein Semester lang thätig gewesen war. Seit dem 1. Januar 1890 bin ich Assistent an der Dr. Kahlbaumschen Heil- und Pflege-Anstalt für Nerven-, Gemüts- und Geisteskranke in Görlitz.

Während meiner Studienzeit besuchte ich die Vorlesungen und Kliniken folgender Herren Professoren und Dozenten:

Birmer, Born, Filehne, Fischer, Förster, Fraenkel, Freund, Fritsch, Gottstein, Hasse, Heidenhain, Hirt, Lewin, Magnus, J. Meyer, O. E. Meyer, Neisser, Ponfick, Richter, Roehmann, Roux, Wernicke.

Allen diesen meinen hochverehrten Lehrern spreche ich hiermit meinen herzlichsten Dank aus.